



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN
CON LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL SUBCENTRO DE
SALUD PILAHUIN CANTÓN AMBATO PROVINCIA TUNGURAHUA.**

Requisito previo para optar por el título de Médico.

Autora: Salazar Villacís, María Gabriela

Tutor: Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

Ambato – Ecuador

Mayo, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de Investigación sobre el tema:

“CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL SUBCENTRO DE SALUD PILAHUIN CANTÓN AMBATO PROVINCIA TUNGURAHUA” de María Gabriela Salazar, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2014

EL TUTOR

.....
Dr. Becker Santiago Neto Mullo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL SUBCENTRO DE SALUD PILAHUIN CANTÓN AMBATO PROVINCIA TUNGURAHUA”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....

María Gabriela Salazar Villacís

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....

María Gabriela Salazar Villacís

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo de tanto esfuerzo a Dios.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes mis padres Nelson y Cecilia por siempre mi corazón y mi agradecimiento, mi triunfo también es de ustedes.

A mi hermano Fernando, por ser un gran amigo, que junto a sus ideas y sonrisas hemos pasado momentos inolvidables a lo largo de nuestra vida.

Al amor de mi vida Fernando, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y por su ayuda en mi proyecto.

María Gabriela Salazar Villacís

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A Páginas Preliminares

APROBACIÓN DEL TUTOR _____	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO _____	iii
DERECHOS DE AUTOR _____	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR _____	v
DEDICATORIA _____	vi
RESUMEN _____	xiii
SUMMARY _____	xv

B. Contenido

CAPÍTULO I _____	1
EL PROBLEMA _____	1
1.1 Planteamiento del Problema _____	1
1.2 Contextualización _____	1
1.2.1 Macro Contextualización _____	1
1.2.2 Meso Contextualización _____	2
1.2.3 Micro Contextualización _____	4
1.3 Análisis crítico _____	5
1.4. Prognosis _____	5
1.5 Árbol de problemas _____	7

1.6 Formulación del Problema.	8
1.7 Preguntas directrices:	8
1.8 Delimitación del Problema	8
1.9 Justificación.	9
1.10 Objetivos.	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.	11
2.1 Antecedentes Investigativos	11
2.2 Fundamentación	12
2.2.1 Legal.	12
2.3 Categorías Fundamentales	17
2.4 Fundamentación Teórica.	18
2.4.1 Análisis Situacional	18
2.5 Hipótesis	45
2.6 Variables	45
2.6.1 Variable Independiente	45
2.6.2 Variable Dependiente	45
CAPÍTULO III	46
METODOLOGÍA	46
3.1 Enfoque de la investigación:	46

3.2 Modalidad Básica de la Investigación.	46
3.3 Población y Muestra	47
3.4 Criterios de Inclusión	47
3.5 Criterios de Exclusión	47
3.6 Tipo de Investigación	47
3.5 Operacionalización de las Variables	48
3.6 Técnicas e Instrumentos	50
3.7 Plan de recolección de información	50
3.8 Plan de procesamiento de la información.	51
3.9 Plan e Interpretación de Resultados.	51
CAPÍTULO IV	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	52
CAPÍTULO V	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1 Conclusiones	74
5.2 Recomendaciones	75
CAPÍTULO VI	76
PROPUESTA	76
6.1 Datos Informativos	76
6.2 Antecedentes de la propuesta	77
6.3 Justificación	77
6.4 Objetivos	78

6.5 Análisis de factibilidad	78
6.6 Fundamentación	79
6.7 Metodología	86
6.9 Desarrollo de la Propuesta	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n°1 Operacionalización de Variable Independiente	52
Tabla n°2 Operacionalización de Variable Dependiente	53
Tabla n°3 Plan de recolección de información	54
Tabla n°4 Resumen del procesamiento de los casos	55
Tabla n°5 Contingencia Calidad-Satisfacción	56
Tabla n°6 Pruebas de Chi Cuadrado	57
Tabla n°7 Medidas Simétricas	58
Tabla n°8 Estándares e Indicadores para el monitoreo	59
Tabla n°9 Estándares e Indicadores a ser medidos por los equipos	60
Tabla n°10 Estándares e Indicadores del Proceso Control Prenatal	61
Tabla n°11 Modelo Operativo	62
Tabla n°12 Instrumento Lista de chequeo	63
Tabla n°13 Instrumento de recolección de datos	64

ÌNDICE DE GRÀFICOS

Gráfico n°1 Árbol de problemas-----	7
Gráfico n°2 Categorías Fundamentales-----	17
Gráfico n°3 Trato a la usuaria-----	52
Gráfico n°4 Nivel de confianza-----	53
Gráfico n°5 Examen completo-----	54
Gráfico n°6 Información de examen-----	55
Gráfico n°7 Explicación del estado-----	56
Gráfico n°8Indicaciones claras-----	57
Gráfico n°9 Respeto a creencias-----	58
Gráfico n°10 Explicación de cuidados en el hogar-----	59
Gráfico n°11 Horario de atención-----	60
Gráfico n°12 Tiempo de espera-----	61
Gráfico n°13 Ambiente del establecimiento-----	62
Gráfico n°14 Limpieza del establecimiento-----	63
Gráfico n°15 Respeto a la privacidad-----	64
Gráfico n°16 Satisfacción con la atención recibida-----	65
Gráfico n°17 Calidad del servicio-----	66
Gráfico n°18 Regular y mala calidad – razones-----	67
Gráfico n°19 Retorno al servicio-----	68
Gráfico n°20 Llenado completo de historias clínicas-----	69

Gráfico n°21 Insumos y medicamentos básicos ----- 70

Gráfico n°22 Asociación entre la calidad de atención y la satisfacción de las usuarias -- 73

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL SUBCENTRO DE SALUD PILAHUÍN CANTÓN AMBATO PROVINCIA TUNGURAHUA”

Autora: Salazar Villacís María Gabriela

Tutor: Dr. Neto Mullo Becker Santiago

Fecha: Marzo del 2014

RESUMEN

Se realiza la presente investigación con el fin de demostrar la satisfacción de las usuarias embarazadas con la calidad de atención brindada en el Subcentro de Salud Pilahuín; para ello se realiza un estudio de corte trasversal, modalidad Documental y Observacional.

Se realizó una encuesta para valorar la satisfacción a las pacientes en estado de gestación atendidas en el área de obstetricia del Subcentro de Salud de Pilahuín en el año 2012, contactándolas personalmente a cada una de ellas en su domicilio.

Se tomó en cuenta a 135 pacientes gestantes que acudieron por más de cinco controles prenatales al Sub Centro de Salud Pilahuín en el año 2012, de las cuales sólo se toma como muestra a 92 de ellas quienes accedieron a la realización de la encuesta o pudieron ser localizadas.

En base al Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal se realizó una medición de calidad de atención utilizando los instrumentos sugeridos para dicha medición y aplicándose a las 92 historias Clínicas correspondientes a las pacientes anteriormente encuestadas.

Luego de la recolección de datos se obtuvo como resultados: un 90% de las pacientes refiere Satisfacción por la Atención recibida en la institución; un 71% califica al servicio como de Buena Calidad. La primera causa de insatisfacción corresponde a esperar

mucho tiempo por la atención con un 56%. El Llenado Completo de Historia Clínicas corresponde al 87%. Insumos y Medicamentos Básicos completos: 100%. La mayoría de pacientes embarazadas que acudieron al Sub Centro de Salud Pilahuín en el año 2012, se encuentra satisfecha con la atención recibida, la primera causa de insatisfacción es el tiempo largo de espera, complementándose el nivel de calidad con un suficiente llenado de las historias clínicas por parte del personal de salud y la totalidad de insumos y medicamentos en la institución.

PALABRAS CLAVES:

CALIDAD, USUARIAS, ATENCIÓN, SATISFACCIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**“QUALITY OF CARE IN PREGNANCY AND ITS RELATION TO ITS USER
SATISFACTION OF HEALTH SUB-CENTRE PILAHUIN CANTON AMBATO
TUNGURAHUA PROVINCE”**

Author: María Gabriela Salazar Villacís

Tutor: Dr. Neto Mullo Becker Santiago

Date: April 2014

SUMMARY

The present investigation was performed in order to demonstrate satisfaction of pregnant users with the quality of care provided in the Health Sub-Centre Pilahuín testing it with a descriptive, study of cross-cutting.

A survey to assess the satisfaction of 92 patients in gestation served in the area of obstetrics Pilahuín Health Sub-Centre in 2012, contact personally to each of them at home was conducted. Based on the Manual of Standards Indicators and Instruments to measure the Quality of Maternal Care - Neonatal measurement of quality of care was carried out using the suggested tools for such measurement and applied to 92 medical records for patients previously surveyed.

After data collection was obtained as results: 90 % of patients referred by the Customer Satisfaction received at the institution, a 71 % rate the service as good quality. The first cause of dissatisfaction corresponds to wait long for attention with 56%. The Complete History Clinics Filling corresponds to 87 %. Basic Drugs and supplies complete 100%. Most pregnant patients attending the Sub Pilahuín Health Center in 2012 , is satisfied with the care provided , the primary cause of dissatisfaction is the long waiting time , complementing the quality level with sufficient filled with stories clinics by the health staff and all supplies and drugs into the institution.

KEYWORDS: QUALITY, FOR USERS, BUYER, SATISFACTION.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Calidad de la Atención en el Embarazo y su relación con la satisfacción de las usuarias del Subcentro de Salud Pilahuín, Cantón Ambato, Provincia Tungurahua.

1.2 Contextualización

1.2.1 Macro Contextualización

Según la OMS la satisfacción del usuario a nivel mundial implica asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"¹.

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste.

Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".¹

1.2.2 Meso Contextualización

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se ha transformado, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud. Sin embargo, a la hora de implementar a la misma este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales.

Así, la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial.

Esta concepción restringida de la APS, más los complejos procesos de formulación e implementación de políticas, han producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud.

Desde Alma Ata en Rusia en 1978, se lanzó al mundo la consigna de SPT. Salud Para Todos en el año 2000; luego de lo cual la OMS, la Organización Mundial de la Salud, plantea para los países del orbe, un cambio dramático en la prestación de los servicios de salud, con mirada en los aspectos políticos, económicos y sociales, como causas

¹Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.2003

determinantes de la salud de la población. En el 2008, la OMS evalúa a la estrategia de APS propuesta en Alma Ata, ratificándose en sus principios con ajustes correspondientes, entre las cuales se encuentra la gestión desde los servicios de APS a todo el Sistema de Salud.²

Recientemente se observa un movimiento de renovación de la APS, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), como estrategia para alcanzar los Objetivos del Milenio acordados en las Naciones Unidas y caracterizado por el fuerte sesgo prescriptivo habitual en estas organizaciones sanitarias internacionales. Así, en el 2005 se divulgó el documento "Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas" . Según el mismo, la renovación de la APS implica su actualización en su concepción más integral. Sin embargo, su implementación depende de diferentes factores ligados a procesos políticos e institucionales, a la concepción que finalmente adopten los gobiernos, al marco en el que se formulan las políticas de salud y al entramado institucional con el que cada país traduce los enunciados de la APS en prácticas concretas.

En el año 2003 ocurre un cambio importante, se afianza el concepto de la APS, descentralizando la formación de médicos hacia los escenarios de trabajo, especialmente los policlínicos, donde los alumnos son recibidos por profesores que ejercen la función de tutoría. El modelo está basado en el concepto de aprender haciendo, objetivos recogidos en la cumbre de Sevilla en el 2002 y en la Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007.

En el 2005 fue creado el Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos, por iniciativa de los líderes de las Revoluciones Cubana y Bolivariana, Fidel Castro y Hugo Chávez, con el objetivo de satisfacer la demanda de médicos en los países pobres, comenzando los estudios de Medicina en Cuba jóvenes procedentes de Bolivia, Ecuador y Venezuela, entre otros.

Dentro del nuevo modelo de atención, en América Latina, como en nuestro País se está considerando una permanente evaluación de la satisfacción del usuario, estableciéndose que los servicios de salud deberán brindar atención de calidad, con acciones de Salud Pública de promoción, prevención, curación, rehabilitación, integrales e integradas que deban realizarse a nivel Primario.

²Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.2003

1.2.3 Micro Contextualización

En el 2003, el MSP a través de un equipo conductor integrado por la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, inicia la ejecución del Proyecto Colaborativo de mejoramiento de la calidad del Cuidado Obstétrico Esencial (COE) en la provincia de Tungurahua.

En los años 2003 y 2004, el MSP expande el proceso de institucionalización a otras Áreas de salud de las mismas ocho provincias con la formación y capacitación de equipos de mejoramiento bajo la conducción de facilitadores provinciales. En el 2004 y 2005, el MSP actualiza el set de estándares, acogiendo las observaciones y sugerencias nacionales, provinciales y locales.

Para el 2007 el MSP desarrolla el “Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica” en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Rosa en El Oro.

En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del “manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias, incluida la provincia de Tungurahua y todos sus cantones y parroquias.³

La evaluación permanente de la calidad de atención en áreas de salud, como por ejemplo en el Subcentro de Salud Pilahuín del Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua, fue propuesta por el ministerio de Salud Pública con el mismo nivel que en los hospitales; sin embargo al transcurrir el tiempo ninguna de estas áreas de salud cumplieron con dichos estándares y mediciones continuas de forma mensual y trimestral desde el año 2008 en donde se realizó la propuesta. Este tipo de Subcentros cuentan con un alto índice de pacientes (Pilahuín cerca de 6500 pacientes anualmente) a su espera por lo que se estima

³Ministerio de Salud Pública del Ecuador.: MSP; 2008.

muy necesaria la evaluación de calidad de atención y así poder mantener un mejoramiento continuo del mismo.

1.3 Análisis crítico

La satisfacción de la usuaria en estado de gestación es un indicador muy sensible que nos permite evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios y cómo estos responden a la calidad de atención percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados de este grupo tan vulnerable.

La calidad es el eje que atraviesa todos los servicios de una institución y cuyo objetivo es el de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios dentro de una visión integral, a través de servicios oportunos, asequibles y seguros que tengan un impacto positivo en la salud de la población.

En la actualidad, tanto en instituciones públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de atención; para mejorar la misma, en los servicios de salud se han desarrollado varias acciones en pro de mejoras en este servicio.

Cada vez es más común evaluar la calidad de atención desde el punto de vista del usuario. Pese a la importancia de la calidad en los países en vías de desarrollo como el nuestro, muy pocas evaluaciones se han enfatizado en la calidad de los servicios.

1.4. Prognosis

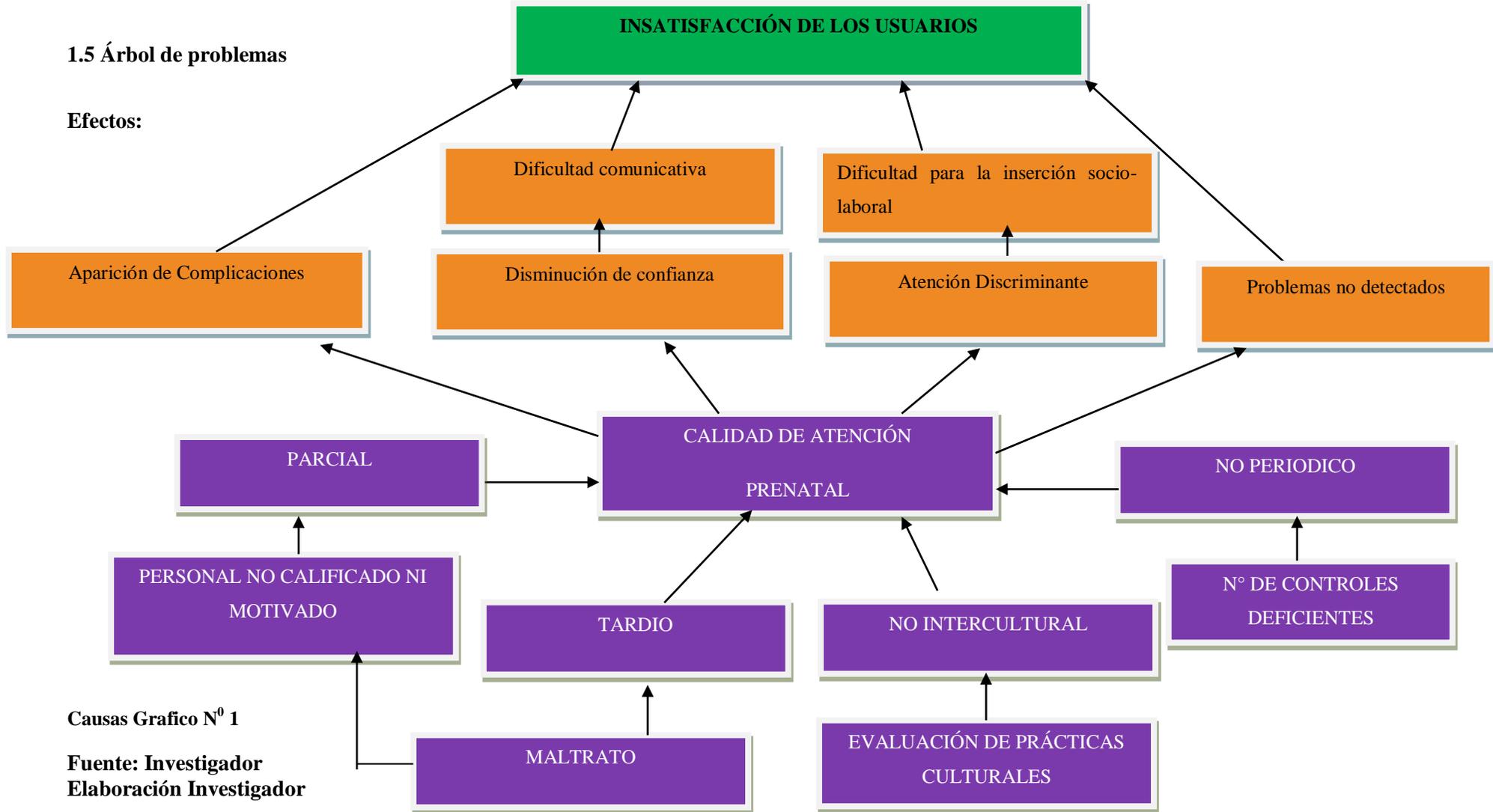
La excesiva demanda de atención en salud, que se manifiesta en servicios de salud pública, y agentes influyentes como el espacio reducido de tiempo de atención al usuario externo, genera diferentes problemas que disminuye la satisfacción percibida y recibida por los usuarios internos y externos, generados por una respuesta no acorde a las demandas y necesidades de los usuarios. Esta insatisfacción va unida a la de los profesionales, por no contar con todos los recursos a su alcance para dar una atención eficiente y eficaz, sea esta de orden estructural, tecnológico, científico, económico, etc., también es provocada, porque los pacientes no reciben una atención integrada, integral y continúa que pueda brindar una solución efectiva y de manera oportuna a sus requerimientos.

Se hace evidente la falta de recursos, tecnológicos, humanos, financieros, logísticos, etc. lo cual afecta la satisfacción del usuario y por ende la calidad de atención que se oferta a los pacientes.

Entre las preocupaciones más frecuentes de los actores de salud, Instituciones públicas, privadas, está, buscar la satisfacción del usuario, ante la atención recibida en los servicios de salud, y si no se otorgan alternativas de solución enunciadas a esta lamentable problemática la insatisfacción de los usuarios provocaría el incremento del caos y desestabilización de la institución afectada.

1.5 Árbol de problemas

Efectos:



Causas Grafico N° 1

Fuente: Investigador
Elaboración Investigador

1.6 Formulación del Problema.

¿Qué relación existe entre la calidad de atención del embarazo por parte del personal de salud y la satisfacción de las usuarias del Subcentro de salud Pilahuín?

1.7 Preguntas directrices:

- ✓ ¿Cuáles son las causas de insatisfacción de las usuarias embarazadas atendidas en el Subcentro de Salud Pilahuín?
- ✓ ¿Existen formas de evaluar y medir calidad de atención en el Subcentro de Salud Pilahuín?
- ✓ ¿Existen alternativas de mejoramiento de calidad de atención a las usuarias del Subcentro de Salud Pilahuín?

1.8 Delimitación del Problema

Delimitación de contenido

CAMPO: Medicina

AREA: Obstetricia

ASPECTO: Satisfacción de los Usuarios

Delimitación espacial

La investigación se realizara en pacientes embarazadas que asisten al Sub Centro de salud de la Parroquia Pilahuín Cantón Ambato Provincia de Tungurahua.

Delimitación temporal

El trabajo de investigación se realizara en el tiempo correspondiente a Enero – Diciembre de laño 2012.

Unidades de observación

Encuestas realizadas a las usuarias embarazadas del Sub Centro de salud Pilahuín.

1.9 Justificación.

Al realizar esta investigación en el Sub centro de salud, lugar de tensión, estrés y estados críticos emotivos del personal de salud y del usuario externo cobra relevancia al tratar de identificar las relaciones existentes entre este estado emotivo del personal de salud y evaluar el grado de satisfacción del usuario externo con el servicio prestado; se ha observado que el número de quejas se ha incrementado en esta área por diferentes factores que trataremos de identificar.

La atención en el servicio de Obstetricia en un Sub Centro de Salud requiere de una acción coordinada, eficiente y con calidad frente a las múltiples patologías que se presentan diariamente, lo que induce a un comportamiento multifactorial con respuestas diferentes del personal de salud de acuerdo a la personalidad de cada uno y a sus diferentes grados motivacionales.

Resulta muy importante esta investigación porque permitirá determinar cuáles son los factores que participan para la obtención de satisfacción o insatisfacción del usuario y sus relaciones con los aspectos y protocolos a regir según el Ministerio de Salud para valorar calidad de atención en el Sub centro de salud de Pilahuín, desconocidos por muchos.

Se trata de un estudio que se desarrollará a base de encuestas a las usuarias, revisión de historias clínicas y llenado de tablas como instrumento de recolección de datos, información de estadísticas de indicadores hospitalarias. Así mismo, la participación de las usuarias embarazadas llevará a la consecución de lograr una mejor atención del mismo para disminuir el grado de insatisfacción que presente en el momento de crisis o emergencia.

Los resultados obtenidos podrán servir para hacer correcciones en la atención de estos usuarios y puede servir de modelo de atención de la consulta externa de otros hospitales que tengan este servicio. Al hacer la determinación de los factores determinantes de la satisfacción del usuario y su relación con la calidad de atención permitirá plantear posteriormente formas de solución con el consiguiente beneficio de gestión de directivos para mejoras.

1.10 Objetivos.

Objetivo General

- ✓ Evaluar el grado de satisfacción relacionado con la calidad de atención del embarazo de las usuarias del Sub centro de salud Pilahuín.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las causas de insatisfacción de las usuarias embarazadas atendidas en el Sub centro de salud de Pilahuin.
- ✓ Investigar formas de evaluar y medir calidad de atención brindada por el personal del SCS Pilahuín a las usuarias.
- ✓ Proponer alternativas de mejoramiento de calidad de atención a las usuarias del Subcentro de Salud Pilahuín.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes Investigativos

Se han realizado múltiples estudios investigativos acerca del grado de satisfacción que tienen los usuarios que reciben atención en distintas casas de salud y de las repercusiones que tienen los mismos para mejoras en las mismas.

-Espinosa, Juárez y Cedeño (2004) demuestran con un estudio transversal en 15 hospitales de México que la insatisfacción del paciente se relaciona con las omisiones en el proceso de la consulta, el mal trato por parte del médico y con la percepción de mala de la calidad de la atención, aspectos que sugieren ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa.

-Acosta y López de Neira (2011) Estudios que evalúan la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios indican que la suficiencia del material y equipo son aspectos importantes para calificar como aceptable un servicio. Los resultados de este trabajo revelaron que para la mayoría de los destinatarios hay insumos para la atención médica en los centros de salud.

-Revista Cubana de Salud Pública (2007) Resuelve con su estudio que en los hospitales de cita previa en Medicina Familiar, la calidad de atención fue alta, excepto en tiempo de espera. La satisfacción del usuario se asoció con la cita previa.

-Nájera y Aguilar (1998) Encontraron que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicio de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y

determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

2.2 Fundamentación

2.2.1 Legal.

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República, la ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

Capítulo III

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes

diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Ley de amparo y protección a los pacientes en el Ecuador

Publicado el 23/Enero/1995 Quito.

Los derechos a una atención médica digna, a no ser discriminados, a la confidencialidad, a la información y a decidir si los ecuatorianos aceptan o declinan determinados tratamientos médicos, se establecen en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente sancionada por el presidente Sixto Durán Ballén.

La Ley obliga a todos los centros de salud del país, sean públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia. Se consideran centros de salud a: hospitales, clínicas, institutos médicos, centros médicos, policlínicos y dispensarios médicos. De acuerdo a la Ley todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud, de acuerdo la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Los pacientes tendrán derecho a no ser discriminados por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica. Todo paciente tendrá derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a ser aplicado, tenga el carácter de confidencial. También reconoce el derecho de los pacientes a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud, a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que está expuesto desde el punto de vista médico, a la duración probable de incapacidad y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. El paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión. Sanciones por falta de atención bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia, será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber.

La Constitución 2008 recientemente aprobada establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria Nacional.

La Constitución Política del Ecuador, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, plantean implementar el nuevo modelo de atención, basado en la Atención Primaria, la misma que se ha ido implementando en la última década, a través de médicos generales y médicos familiares, considerándose que lo más óptimo es hacerlo con los Médicos de medicina familiar. “El Estado Garantizará la atención Integral familiar y comunitaria con base en la Atención Primaria de Salud, articulará los diferentes niveles de atención. De esta manera se orientara el modelo de atención de los servicios de Salud”

LA CONSTITUCIÓN

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural.

El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y

generacional. Y otros artículos que garantizan el derecho a la salud y a la prestación de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, solidaridad, universalidad integrales e integrados.

LEYES PARA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo se basa en los siguientes fundamentos legales:

La Constitución Política del Ecuador, en especial en su artículo 42; en la Ley Orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, que indica que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en su artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo N°2. La Ley de Maternidad Gratuita (reformada) que en su artículo N° 1 dice: “Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva”. El Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia² menciona en sus artículos 7 c (funciones de la Unidad): “Definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por el Programa, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública”; artículo 9 f (funciones del Comité de Gestión): “vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad”; y artículo 11 f (funciones del Comité de usuarios): “elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras y ” colectiva”.⁴

⁴Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP; 2008.

2.3 CATEGORIAS FUNDAMENTALES

Variable Independiente



Variable dependiente



← Influye →

Grafico N° 2

Fuente: Investigador
Elaboración Investigador

2.4 Fundamentación Teórica.

2.4.1 Análisis Situacional

PILAHUÍN

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La Parroquia de “San Lucas de Pilahuín” se encuentra ubicada en la provincia del Tungurahua a 18 Km al sur oeste del cantón Ambato junto a las faldas de los nevados Carihuiarazo y Chimborazo con una altura de 3.300 m.s.n.m. hasta 4.400m.s.n.m. con una superficie de 419.5 Km²; se caracteriza por ser una zona fría debido a que se encuentra más cercanamente a las faldas del nevado Carihuiarazo, el ingreso a la parroquia de Pilahuín es por la vía Guaranda. Es considerada como una de las parroquias más grandes del cantón posee 18 comunidades.

La parroquia de Pilahuín se caracteriza por tener el mayor porcentaje de asentamiento poblacional indígena constituyéndose en el 90%.

Los límites de la parroquia de Pilahuín son: al norte las Parroquias de San Fernando y Pasa; al sur la Provincia de Chimborazo; al este la Parroquia de Juan Benigno Vela, Cantón Tisaleo y Cantón Mocha y al oeste la Provincia de Bolívar.

Su clima es frío registra una temperatura anual entre los 4° a 8° centígrados con temperaturas mínimas de 0° grados a nivel del Páramo.

Pilahuín está compuesto por 18 comunidades y 7 barrios siendo las más importantes:

Echaleche, Pucará Grande, Tamboloma, San Isidro, Mulanleo, Yatzaputzan, Llangahua, San Antonio, Lindero, Pilahuín.⁵

POBLACIÓN

De acuerdo al último censo de población del INEC, 2010 en esta parroquia se registra un total de 12.128 habitantes, siendo una de las 18 parroquias rurales con mayor población en el cantón Ambato. 1842 habitantes que representan 15,19% forman parte de la cabecera parroquial,

⁵Ilustre Municipio de Ambato, Dirección de Planificación

mientras que 10.285 habitantes que corresponden al 84,81% se encuentran asentados en la zona rural formando las diferentes comunidades.

Por género la población se distribuye en un total de 5.868 hombres que corresponde al 41,38% y un total de 6260 mujeres que representan el 51,72%, reflejándose que hay más mujeres que hombres la tendencia en esta parroquia es similar al contexto nacional. De éste porcentaje un 60% es considerado como grupo en edad fértil.

La población económicamente activa, PEA hay un total de 5.804 habitantes mientras que la población en edad de trabajar, PET suman un total de 9.511 habitantes. De la población activa mayor de 5 años de edad representa el 41,65% que suman 5.240 personas, mientras la inactiva representa el 38,87% que suman 3.616 personas.

La población se compone tanto de grupos indígenas como de mestizos, siendo los indígenas un grupo mayoritario.

Por grupos de edad la población se divide: de 0 a 4 años 1232 niños y niñas; de 5 a 9 años 1385 niños y niñas; de 10 a 19 años 2813 niños, niñas y jóvenes; 20 a 39 años 2565 habitantes; de 40 a 59 años 1749 habitantes; de 60 a 79 años 1.144 habitantes; de 80 años y mas 133 habitantes.

En la Parroquia Pilahuín 2006 - 2010 habido un incremento poblacional de 1.489 personas, es decir 12,29% en los últimos cuatro años.⁶

SECTOR SALUD

La salud es hoy en día un objetivo fundamental al mismo tiempo uno de los más claros síntomas de la calidad de vida de la población.

La salud aporta enormemente al desarrollo económico y social, mejora las capacidades creativas de los hombres y las mujeres de hoy y futuras generaciones. Sin duda el estado de salud y nutrición de la población están relacionadas con variaciones en el crecimiento económico y de desarrollo social de los países. El estado nutricional inadecuado, no se debe a motivos exclusivos de herencia genética sino más bien al efecto acumulado intergeneracional de la pobreza, la mala nutrición y mala salud, es así que junto la educación, la salud y nutrición son elementos importantes del desarrollo humano.

⁶INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos(2010)

SERVICIOS DE SALUD

Realizando un análisis de la información se pudo determinar que dentro de la Parroquia de Pilahuín solo se cuenta con un Centro de atención de salud pública ubicado en la cabecera parroquial. Este Centro de atención médica cuenta con cuatro enfermeras, tres doctores, una obstetrix y un odontólogo, un laboratorio clínico, una ayudante de odontología siendo su horario de atención de martes a sábado; lunes solo curaciones e inyecciones atendidos por las enfermeras. Este servicio de salud cuenta con equipos básicos y de medicamentos para poder atender emergencias, en casos graves el enfermo debe ser trasladado a la ciudad más cercana que es Ambato.

El Sub Centro de Salud acoge anualmente a cerca de 6500 personas, de las cuales un 40% son direccionadas al servicio de medicina general, 30% al servicio de obstetricia, 25% al servicio de odontología y 5% al servicio de laboratorio clínico.

Debido a las condiciones climáticas y los pisos altitudinales, la población de Pilahuín es particularmente propensa a ser afectada por problemas respiratorios, como bronquitis, pulmonías, gripes, entre otros.

Debido a los nuevos materiales de construcción utilizados, las casas tienden a ser frías y más aún en temporadas de lluvia, cuando la temperatura podría bajar varios grados esta situación afecta mayoritariamente a los niños y ancianos, quienes tienden a presentar las afecciones señaladas. Por otro lado las principales enfermedades de la parroquia varían de una comunidad a otra debido a su clima que en la mayor parte se caracteriza por temperaturas bajas debido a la cercanía del nevado pero podemos citar las siguientes: como la más común tenemos enfermedades respiratorias y pulmonares y gripes en un 85%, infecciones y parásitos por la falta de sanidad y cuidado especialmente en los niños en un 30%, ahogamiento, infarto, hipertensión arterial y edema agudo pulmonar en un 35% por la altura a la que se encuentra la población que provoca problemas de circulación de la sangre, agotamiento muchas veces por la mala alimentación presentándose casos de anemia y falta de rendimiento, insuficiencia renal, senectud, fracturas, y bronco neumonía, etc. La población gestante en su mayoría acude con frecuencia a los controles prenatales, sin embargo un 40% no recibe atención del personal de salud durante el parto dándose en domicilio y atendidas por parteras.⁷

⁷ Ilustre Municipio de Ambato, Dirección de Planificación

CALIDAD DE ATENCIÓN

Concepto de Calidad

Definimos **calidad**, tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

Este mejor conocimiento sanitario existente en cada momento debe plasmarse en normas, que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales.

Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente.

Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, definirá el grado de calidad alcanzado.

Definimos las **normas** como pautas de actuación, reglas a las que se deben ajustar las acciones.

Virgil y Slee, con agudeza, remarca el sentido real de la formulación y adopción de normas a través de la suma de consensos, ya que la tesitura de pretender establecerlas suele ser considerada algo presuntuosa y torna difícilmente aceptables sus prescripciones.

Esta tarea de normatizar la atención médica consiste sencillamente en llegar a un acuerdo acerca de la conducta y eficacia que se espera encontrar en el cuerpo médico institucional.

Las normas que se elaboran deben ser:

- ✓ Posibles.
- ✓ Claras.
- ✓ Formuladas por escrito, en forma breve y sencilla.
- ✓ Accesibles.

- ✓ Difundidas al cuerpo profesional.
- ✓ Elaboradas a nivel local, pautando las situaciones comunes.
- ✓ Consensuadas.
- ✓ Flexibles, sujetas a un dinámico proceso de revisión que permita su actualización.

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".⁸

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".⁹

COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El **componente técnico**, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el **componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la

⁸Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

⁹Organización Mundial de la Salud.2003

interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los **aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.¹⁰

Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (P.e.: calidad/unidad de coste) otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad.

CALIDAD MÁXIMA VERSUS CALIDAD ÓPTIMA

Es importante diferenciar el significado de **calidad máxima** y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa como es lógico un desideratum, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la **calidad óptima**, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima

¹⁰Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984

posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU RELACION CON LA ÉTICA

Estos dos últimos conceptos sientan las bases para considerar la dimensión ética de la garantía de calidad que debemos a nuestros usuarios. En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le atañen -y no hay nada que atañe más a una persona que su propio cuerpo y su propia vida- y procurar el bien de la comunidad, devienen un imperativo ético.

En este panorama el desarrollo de la metodología de la bioética está jugando un papel muy importante. La definición de los principios básicos y su correlación ha representado un instrumento de valor inapreciable en el ámbito de la calidad y la gestión de los servicios a las personas. Además, a partir de la formulación de la bioética, la eficiencia se convierte no sólo en el mejor sistema de controlar costes sino en un imperativo ético para profesionales y gestores, ya que es la única forma de garantizar el principio de justicia. No se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo coste para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos. La bioética constituye en consecuencia un marco global de capital importancia que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones. De este modo, la bioética se convierte en el método para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros, los cuales, con posterioridad, podrán evaluarse y mejorarse siguiendo la metodología de la mejora continua de la calidad.

Definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto definimos calidad como lo que el usuario percibe como calidad. Tomando en cuenta aspectos de calidez, eficacia del tratamiento, trato personal, accesibilidad. Además la calidad puede ser calidad técnica, calidad sentida.

La percepción de la calidad de atención también varía de acuerdo a las expectativas con las que acude el paciente, depende también de ciertas características de los usuarios como la edad, sexo, nivel educativo, condiciones socioeconómicas, las experiencias anteriores que han tenido los pacientes, etc.

El derecho a la salud, a la cual todas y todos lo tenemos, exige que el estado y todos quienes trabajan por velar por que la población pueda acceder a la misma, sean atendidos con servicios

eficientes y eficaces, equitativos, con principios de solidaridad, universalidad, con calidad y calidez. Y la población que ejerciendo sus derechos exige que los servicios de salud sean efectivos.

Desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. Para otras personas, la calidad significa ofrecer una gama apropiada de No obstante, otros definirían la calidad principalmente como el hecho de cubrir los deseos del cliente.

Además, una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia. La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del cliente y las actitudes del personal; y a los elementos programáticos, tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración. La calidad a veces se contrasta con el acceso. De hecho, es difícil distinguir entre los dos. (Donabedian, 2000)

Como definen B. Zas y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes).

Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia. (Zas Ros B, 2005)¹¹

¹¹Ortún V. Gestión clínica y sanitaria. 1ra ed. España: Editorial Elsevier; 2007

La medición de la calidad tiene varios enfoques, en la organización, en la prestación de los servicios, en la perspectiva del usuario, etc. Uno de los enfoques es la perspectiva del usuario:

USUARIO EXTERNO

Corresponde a las personas que utilizan los servicios de salud que se brindan en la Unidad de Salud.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En el análisis de la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud, es importante para tener una evaluación de la atención que se está brindando, siendo útil esta información para quienes deben tomar la decisión de mejorar los servicios de salud y reorientar aquellos que no se encuentran funcionando de manera eficiente y eficaz.

USUARIO INTERNO

Corresponde a las personas que trabajan en esa Institución, que prestan los servicios, atienden, y ejecutan los procesos para conseguir los resultados previstos.

NIVELES DE ATENCIÓN

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.

La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso

escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia Contrareferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

El Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios.

Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos, para más información ver página web msp.gob.ec en acuerdos ministeriales.

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos, para más información ver página web msp.gob.ec en acuerdos ministeriales.

Elaborado por: Equipo SNGSP

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y Contrareferencia adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de

salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo No. 1203)¹²

El I Nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor.

El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.

Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

El IV nivel de Atención

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

¹²Ministerio de Salud Pública del Ecuador.2012

El nivel de Atención Pre hospitalaria

Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud (siglas: APS), según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata', aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud es la siguiente “ la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

La Atención Primaria, a la luz de la Carta de Alma Ata (1978) y de las más recientes Declaraciones para el desarrollo de la APS, incorpora la Promoción de la Salud como un eje central en su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial.

La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar (elemento ya señalado en la Carta de Ottawa, en 1986).

Sus Principios

- 1) Dignidad humana, solidaridad y ética profesional,
- 2) Protección y promoción de la salud
- 3) Centrada en la población y responsabilidad compartida
- 4) calidad**
- 5) costo- efectividad

6) economía sostenible, cobertura universal y acceso equitativo.

Su objetivo Central es Mejorar la salud de la comunidad, centrándose en la salud de las personas en el contexto de otros determinantes.

La Atención Primaria en Salud, hace énfasis en la Promoción de la Salud, La prevención de la enfermedad, considera imprescindible la atención integral del individuo, el contexto donde se desenvuelve, la participación activa de la comunidad.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El modelo de atención de salud es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad dada utiliza para la entrega de la atención, incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción, respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. Determina el marco técnico conceptual de la reforma, para transformar la realidad de la salud pública para el país.

Reconocer necesidades de salud, priorizar problemas específicos, universalidad al acceso, mayor cobertura en promoción, prevención, atención; accesibilidad, mayor disponibilidad y suficiencia de recursos.

Considera los diversos determinantes del proceso salud – enfermedad, en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial, desde lo individual, familiar y colectivo, Toma en cuenta el ciclo de vida, es una atención continua, incluye actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación.

ESTÁNDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL EN ECUADOR

Según la Dra. Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública del Ecuador en el año 2008, el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la Revolución Ciudadana, asume el compromiso de cambiar ésta situación, de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir

la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35%, en sintonía con diversos acuerdos y metas regionales de los cuales somos signatarios.¹³

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia hemos implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas que nos permiten asegurar que tenemos el conocimiento estratégico y la voluntad política para cambiar radicalmente esta inequidad e injusticia social.

Las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal, elaborados en el marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, son producto de un trabajo participativo intra e interinstitucional de decenas de profesionales de la salud, que han aportado con mucha sensibilidad, gran profesionalismo y profunda ética, bajo la conducción y rectoría del MSP y del amplio consenso promovido desde el Consejo Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario. Para ello, se basa en los siguientes fundamentos legales:

La Constitución Política del Ecuador, en especial en su artículo 42; en la Ley Orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, que indica que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en su artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y

¹³Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lecciones Aprendidas por los Equipos de MCC - UNFPA. Ecuador: MSP; 2008

normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

La definición operativa de la calidad se realiza mediante el establecimiento de estándares de calidad, que pueden ser estándares clínicos, administrativos y de satisfacción.

El Ministerio de Salud Pública DEFINE operativamente la calidad esperada para la atención de la salud materno-neonatal, con el establecimiento de un paquete de estándares básicos que constan en el presente documento. Para construir este set de estándares el MSP tomó como guía básica el documento “Norma Materno Neonatal” del MSP del 2008.

SUBSISTEMA DE MONITOREO Y REPORTE DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO NEONATAL

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de análisis cuantitativo de la calidad. El monitoreo es una parte muy importante del sistema de garantía de calidad, y para que funcione de forma eficiente, se debe considerar las siguientes acciones:

- a. Definir estándares e indicadores de calidad.
- b. Recolección periódica de la información necesaria para construir los indicadores por los equipos de mejora continua en las unidades.
- c. Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia las Áreas de Salud, Hospitales Cantonales y Provinciales, la Dirección Provincial de Salud, el nivel Central y su difusión para la toma de decisiones técnicas y políticas.

ESTÁNDARES CUANTITATIVOS PARA MEDICIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN:

Tomando en cuenta la mayoría de indicadores cuantitativos y bajo valoración mensual se puede considerar:

50% o menos: deficiente

60% - 70%: regular

80% o más: óptimo

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO NEONATAL EN LOS DIFERENTES NIVELES

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con la asistencia técnica de HCI/URC, implementa un proceso metodológico de mejoramiento continuo de la calidad en la atención materno - neonatal, cuyo alcance actual es de 12 provincias (hospitales generales, básicos y centros de salud).

Este proceso está conducido e implementado por los equipos técnicos de los niveles central, provincial, áreas y Hospitales mediante un set de estándares, indicadores e instrumentos para medir y mejorar la calidad de la salud materno neonatal, en un proceso de auto-monitoreo/evaluación del personal de las Unidades del sistema de servicios de salud y con apoyo de los diferentes niveles de gestión del MSP. Los equipos de conducción en los diferentes niveles del MSP están conformados de la siguiente manera:

NIVEL CENTRAL:

Equipo técnico:

1. Responsables del equipo técnico: Líder de la Micro-área de la Salud de la mujer/ Líder de la Micro-área de la Salud de la niñez
2. Responsable del centro de aprendizaje asistido de tecnología en salud (Caats)
3. Asesoramiento técnico y apoyo: Agencias de Cooperación.

Funciones y responsabilidades:

- Actualización, elaboración e implementación de la Norma de Salud sexual y reproductiva.
- Conducción e implementación del proceso de implementación de la norma y de mejoramiento continuo de la calidad en la salud materna neonatal.
- Diseñar y mantener actualizado el paquete instrumental (técnico metodológico) para el monitoreo y mejoramiento continuo de la calidad.

- Elaborar un consolidado mensual nacional en los primeros 15 días, análisis de los indicadores y retroalimentación para la toma de decisiones a funcionarios del nivel nacional y provincial, análisis e informe trimestral de la información.
- Asistencia técnica y apoyo en análisis de resultados provinciales al responsable directo de la implementación de la Norma en las DPSs.
- Socialización del proceso de implementación de la norma y del mejoramiento continuo de la calidad, así como de las lecciones aprendidas sobre cómo superar los obstáculos al mejoramiento de la atención.
- Gestionar recursos para el desarrollo de la implementación de la Norma y mejoramiento continuo de la calidad.
- Identificar las limitantes para la Implementación de la Norma y mejoramiento de la calidad, plantear alternativas de solución e informar al nivel superior.
- Desarrollar mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

NIVEL PROVINCIAL:

Equipo técnico:

1. Responsable del equipo técnico: Coordinador/a de la implementación de la norma.
2. Coordinador/a provincial de aseguramiento de la calidad
3. Epidemiólogo/a
4. Enfermera de Normatización (de la provincia)
5. Estadístico/a provincial
6. Director o Subdirector técnico del Hospital provincial
7. Líderes del Servicio de Gineco obstetricia-Neonatología / Pediatra, Emergencia del Hospital Provincial.
8. Líderes de Enfermería de los servicios respectivos.(Emergencia, Obstetricia, Neonatología)
9. Representante del Comité de Usuarías Funciones y responsabilidades:
 - Conducción y coordinación del proceso de Implantación de la Norma y mejoramiento continuo de la calidad de la salud materno neonatal e infantil de la provincia.
 - Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de las Áreas de Salud, hospitales generales y cantonales de la provincia, en lo relacionado con la medición de la calidad (indicadores) y las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).
 - Envío de la información consolidada de la calidad, base de datos e informe de ciclos rápidos, en archivos electrónicos y en formulario impreso, al centro de Aprendizaje CAATS del nivel

central (correo electrónico: caatsmsp@)hotmail.com, msp.normas. mujer@gmail.com), dentro de los quince primeros días de cada mes.

- Asistencia técnica, capacitación y seguimiento a los equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de hospitales provinciales, Hospitales cantonales y Áreas de Salud, en aspectos metodológicos de las actividades de medición y mejoramiento de la calidad.
- Utilización y socialización de la información del mejoramiento continuo de la calidad, resultados y lecciones aprendidas, dentro de la Dirección Provincial de Salud.
- Identificar los limitantes para el mejoramiento de la calidad, plantear e implementar alternativas de solución e informar a las autoridades provinciales y si es necesario al nivel central.
- Desarrollar mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento a los EMCC por el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.¹⁴

NIVEL DE AREA DE SALUD

Equipo técnico conductor:

1. Responsable del equipo técnico: Médico.
2. Personal que integra el Área de salud.
3. Representante del Comité de Usuarías

Funciones y responsabilidades:

- Organización, capacitación y asistencia técnica a equipos de mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal e infantil del área de salud.
- Cumplir y hacer cumplir el proceso de implementación de las normas, procedimientos y estándares de calidad que emite el Nivel Central.
- Apoyar la medición de estándares e indicadores, analizar la calidad de los procesos de atención, identificar necesidades de mejoramiento en los procesos y/o servicios, apoyar y evaluar las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).

¹⁴Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lecciones Aprendidas por los Equipos de MCC - UNFPA. Ecuador: MSP; 2008

- Enviar la información consolidada de la calidad del área de salud (formulario de reporte mensual- base datos excel e informe de ciclos rápidos), en archivos electrónicos y en forma impresa al coordinador de la implantación de la norma o al responsable del equipo técnico de MCC de la provincia, dentro de los primeros diez días de cada mes.
- Identificar los limitantes para mejorar la calidad, planificar e implementar alternativas de solución e informar a las autoridades, si es necesario al nivel provincial.
- Socializar y difundir los resultados de las mediciones de la calidad, ciclos rápidos y otros de mejoramiento, con el personal del área de salud y usuarias/os externas/os.
- Desarrollar mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento al mejoramiento de la calidad de la atención en el área de salud, por parte de personas o grupos.

EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (EMCC)

Conformación de los equipos:

El equipo técnico del área de salud deberá conformar el número adecuado de equipos de mejoramiento de la calidad, de acuerdo a su propia realidad y a las necesidades de mejoramiento de los servicios y/o procesos de atención, tomando en cuenta las deficiencias presentes. Por ejemplo, puede conformarse equipos que trabajen para mejorar la calidad por sectores, por ejemplo medicina general, obstetricia, etc. Para la conformación de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC), se debe considerar que se lo haga con personal multidisciplinario y que tengan estrecha relación de trabajo con el proceso o servicio deficiente. Por ejemplo, para la atención del parto, deberán estar tanto médico y obstetriz.

El equipo técnico conductor del área, debe designar una persona responsable por cada equipo de mejoramiento de la calidad que se haya creado, muchas veces los miembros del Equipo técnico conductor son también miembros de los EMCC.

Funciones y Responsabilidades:

- Recolectar los datos necesarios para la construcción de los indicadores de calidad (auto-evaluación de historias clínicas, listas de chequeo de insumos y equipos, para las encuestas de

satisfacción a usuarias se recomienda que se coordine con personal ajeno a la institución (usuarias, estudiantes, etc.).

- Mantener reuniones semanales o mensuales, para procesar y analizar la información, identificar deficiencias en los procesos de atención, planificar y ejecutar actividades de mejora (ciclos rápidos).
- Enviar la información del área de salud; reporte mensual de indicadores (base de datos Excel) e informe de ciclos rápidos, en forma impresa y archivos electrónicos, al subdirector técnico, dentro de los primeros ocho días de cada mes. Para el efecto se han diseñado formularios que permiten planificar y documentar los ciclos rápidos de mejoramiento que realiza el equipo (ver manual del facilitador, Unidad tres).
- Analizar críticamente la metodología de mejoramiento aplicada y proponer al nivel provincial los ajustes metodológicos pertinentes.
- Socializar al personal del área, sobre la calidad de la atención (estándares e indicadores) y de las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).

ATENCIÓN PRENATAL

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales.¹⁵ El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el embarazo de bajo riesgo. El primer control debería ser dentro de las primeras veinte semanas y

¹⁵Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno Neonatal. Ecuador: MSP; 2008.

los otros cuatro subsecuentes repartidos de la siguiente manera: uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

Deficiencias del proceso de Atención Prenatal, encontradas por los equipos de MCC:

1. Toma incorrecta de Signos Vitales en las Unidades Operativas

Que hacen primer nivel de atención con frecuencia no se realizaba de manera correcta la toma de signos vitales, generando errores que influyen directamente en el diagnóstico y por ende en el manejo de las embarazadas. Con frecuencia la presión arterial no era correctamente registrada, lo cual afecta particularmente para el diagnóstico de sospecha de pre eclampsia, causa principal de muerte materna en el Ecuador. No era raro que la presión arterial registrada en pre consulta resultase muy diferente de la tomada minutos después durante la consulta médica.

En muchas ocasiones se pudo comprobar que los pocos tensiómetros existentes estaban deteriorados.

Al haber pocos tensiómetros que son usados por todo el personal en cada momento, éstos a menudo no tienen el suficiente cuidado en su utilización y mantenimiento, lo cual resulta en un permanente deterioro de los equipos.

Otra causa frecuente es el hecho de que quienes toman la presión arterial son estudiantes quienes carecen de suficiente práctica, y no reciben la supervisión necesaria. En otros casos, el personal que hace esta toma es de edad avanzada, y quizás por tener algún grado de deficiencia visual y auditiva, no realizan adecuadamente la toma de los signos vitales.

Muchos equipos de MCC encontraron que a veces el personal no dispone de relojes, y al no haber tampoco relojes de pared, se dificulta la toma de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

El mal estado de las básculas hace que la toma del peso de las pacientes, no sea preciso.

Además los equipos frecuentemente comprobaron que las básculas no eran calibradas de manera regular, o muy rara vez.

TÉCNICA ADECUADA PARA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL

Es necesario una técnica rigurosa y siempre la misma para que el control de la presión sanguínea suministre valores reales y constantes.

El mejor método es el auscultatorio, controlado por el palpatorio para la presión sistólica a fin de evitar una subestimación de ésta por existencia de un agujero o pozo de auscultación como a veces acontece en caso de hipertensión arterial. Se entiende por pozo auscultatorio a la desaparición total de ruidos auscultables, de la segunda fase, lo cual puede motivar que la tercera fase sea tomada indebidamente como la primera. Este fenómeno es causado por la congestión de los vasos sanguíneos en la zona distal del brazo con respecto al manguito.

PROCEDIMIENTO:

- La determinación de la presión sanguínea debe hacerse en un ambiente óptimo de tranquilidad y temperatura; en el caso de niños debe esperarse hasta que estén tranquilos.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- El paciente se encontrará acostado o sentado con el brazo apoyado a la altura del corazón, en la posición del pie el brazo debe estar perpendicular a nivel del cuarto espacio intercostal. La determinación de la presión sanguínea con el brazo vertical da valores elevados de presión debido al aumento de la presión hidrostática de la columna sanguínea.

- Colocar el manguito en forma no muy ajustada, 2 cm por encima del pliegue del brazo.
- Localizar la arteria braquial a fin de ubicar allí la membrana del biauricular.
- Controlar que el menisco del mercurio o aguja del manómetro aneroide estén en cero y el manguito desinflado.
- Palpar el pulso radial o braquial e inflar el manguito hasta 20-30 mm Hg por encima de la presión que coincide con la desaparición del pulso radial o braquial.
- Aplicando el estetoscopio sobre la arteria braquial desinflar el manguito a una velocidad uniforme y lenta de 2 a 3 mm Hg por segundo.
- 1ª fase de Korotkow (primer ruido arterial): Tensión arterial sistólica
- 5ª fase de Korotkow (último ruido arterial): tensión arterial diastólica
- Retirar el manguito
- Registrar

2. No se prescribía hierro/ácido fólico

Los equipos de MCC encontraron que con frecuencia no se cumplía con la prescripción de hierro y ácido fólico. Muchas veces esta deficiencia fue atribuida a la falta de las tabletas en la Unidades Operativas, y en otras, a que el personal no sabe sobre la utilidad de la administración de ácido fólico con respecto a la prevención de malformaciones en el feto.

A pesar de que estos medicamentos son financiados por el presupuesto de Maternidad Gratuita y en otras ocasiones es donado por organizaciones internacionales y entregado directamente a las Direcciones Provinciales, las deficiencias en el trámite administrativo inciden en el desabastecimiento en las bodegas y farmacias de las Unidades Operativas.

3. Los médicos no examinaban las mamas de las pacientes

La mayoría de los profesionales no hacen este examen en el primer control, principalmente a causa del pudor de la paciente. Las pacientes generalmente exigen que la persona que les hace el control de sus mamas sea de sexo femenino, lo cual no siempre es posible, y de esta manera se produce una oportunidad perdida y un déficit en la calidad de atención brindada.

A veces las pacientes no regresan sino hasta el momento del parto, sin que se hayan podido detectar a tiempo problemas de pezones o nódulos existentes.

4. Llenado deficiente de la historia clínica perinatal

El personal no cumple con todos los parámetros que se exigen en el llenado de la hoja. Los que con más frecuencia se omiten son los casilleros de embarazo actual, examen de mamas, examen odontológico, citología vaginal, exámenes de laboratorio. En ocasiones no existen suficientes formularios de atención perinatal, pese a que su impresión está financiada por la Ley de Maternidad Gratuita, por lo que llenan los datos de las pacientes en hojas en blanco, dificultando que se realicen todos los pasos de una atención de calidad, así como la posterior evaluación de la atención brindada.

5. Deficiente solicitud de exámenes de Laboratorio

Las Normas de Atención del M.S.P. contemplan un paquete mínimo de exámenes de Laboratorio, que debe ser practicado a todas las pacientes que acuden a su primer control prenatal en cualquier Unidad de Salud del MSP: grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada). En el primer control debe constar la indicación de éstos y en el siguiente control deberán anotarse los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Los equipos de MCC encontraron que con frecuencia, a pesar de tratarse de Unidades Operativas que cuentan con un laboratorio clínico, los prestadores del servicio, quizás por desconocer la importancia de este paquete de exámenes de Laboratorio no los ordenan, perdiéndose en esa visita la oportunidad de realizarlos.

6. No se formula la orden para exámenes odontológicos

Con frecuencia no se realiza la indicación de control odontológico luego de realizada la consulta médica. El examen odontológico, de acuerdo a la Norma del MSP, debe ser realizado desde la primera consulta, independientemente de la edad gestacional.

7. Inconsistencia en evaluación de estado nutricional en hoja SISVAN

Hay resistencia por parte de los médicos a realizar la evaluación del estado nutricional de la embarazada utilizando la curva de Rosso y Mardones, cuyo formulario es parte de la historia clínica del MSP. Es posible que en algunos profesionales se deba a desconocimiento de cómo

llenar dicha curva. En todo caso, esta deficiencia afecta la posibilidad del control de incremento de peso durante el embarazo, un elemento principal para la evaluación del proceso de gestación. En otros casos solamente se llena el formulario pero no se realiza una evaluación de la curva, como instrumento para valorar el estado nutricional de las usuarias embarazadas, perdiéndose así la oportunidad de aconsejar a las pacientes sobre su estado nutricional y la conducta que deberían seguir.

Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC:

1. Se distribuyó un CD-ROM para auto-capacitación en toma de signos vitales, peso y talla:

En algunas Áreas de Salud se usó un CD-Rom para auto-capacitación⁴ o en reuniones de estudio conjuntas para el personal que realiza la toma de signos vitales en las Unidades Operativas, en las que se proyectó el video correspondiente a la toma de signos vitales, con la participación de un facilitador, quien fue aclarando las dudas, haciendo hincapié en la importancia de la correcta obtención de los signos vitales para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

2. Dotación de insumos esenciales:

Se compraron tensiómetros digitales en algunas Unidades. Se repuso tensiómetros que se encontraban viejos o deteriorados. En los Servicios de Emergencia de algunas unidades Operativas se compraron relojes de pared grandes para las áreas de toma de signos vitales.

TENSIÓMETROS

El tensiómetro, es un instrumento médico empleado para la medición indirecta de la presión arterial, que la suele proporcionar en unidades físicas de presión, por regla general en milímetros de mercurio (mmHg).

Se compone de un sistema de brazalete hinchable, más un manómetro (medidor de la presión) y un estetoscopio para auscultar de forma clara el intervalo de los sonidos de Korotkoff (sistólico y diastólico).

Existen diversos tensiómetros en la actualidad: los tradicionales de columna de mercurio, los aneroides (de aguja empujada por resortes interiores, en lugar de la columna de mercurio) y los tensiómetros digitales. Cada uno de los sistemas posee características propias, siendo los más precisos los de columna de mercurio (desde comienzos del siglo XXI en desuso en Europa). La precisión de los tensiómetros de manómetro de dial dependerá del radio del dial, es decir de su tamaño. Los digitales poseen menos precisión que los de mercurio, pero son automáticos y fáciles de operar.

3. Se estableció un programa de capacitación clínica en habilidades COE:

En varias provincias (Tungurahua, Orellana, Chimborazo, Bolívar, Manabí), se instituyó un programa de capacitación en Cuidado Obstétrico Esencial (COE) en el que participan profesionales médicos, enfermeras y obstetras que atienden partos, tanto del hospital provincial como de las Áreas de salud.

En este programa se les capacita sobre habilidades y destrezas, en algunas provincias varios especialistas del hospital general actúan como docentes en la capacitación COE, lo cual facilita que la capacitación del personal sea permanente y ha permitido que todos los proveedores de servicios se sientan parte del Equipo de Mejoramiento de la Calidad.

4. Se diseñó un afiche con los pasos de la atención prenatal (algoritmo), incluyendo fotos ilustrativas:

En varias Unidades Operativas se han diseñado estas ayudas visuales que han sido colocados en las salas de examen, cercanas a los escritorios y mesas de atención de pacientes, para recordar los pasos a seguir en una atención prenatal de calidad.

Es motivador para el personal ver en los afiches las fotos de sus compañeros o las propias de ellos trabajando para brindar una mejor atención. Estos materiales fueron diseñados frecuentemente en conjunto con los integrantes de los equipos de mejoramiento, lo que hace que el material obtenido se lo sienta más propio y sea de mejor aceptación.

5. Se diseñó una tarjeta-guía con los pasos de la atención prenatal:

Esta es una tarjeta plastificada de tamaño reducido, que la pueden llevar los profesionales en el bolsillo de su mandil. En ella constan en forma detallada los pasos a seguir para la realización

del control prenatal según las Normas de Atención del MSP, de este modo pueden tenerla a mano para el momento de la atención para recordarlos y repasarlos.

6. Se instituyó de manera periódica (en promedio cada mes) el proceso de auto auditoría de Historias Clínicas para verificación de cumplimiento del estándar:

Se insistió en la participación en la discusión detallada con los médicos que examinan a las pacientes. En las discusiones se profundizó en las causas para que los médicos o enfermeras no cumplieran con los pasos del estándar.

En algunos casos se discutía con profesionales que tenían especiales dificultades o resistencias.

Es deseable que cada uno de los profesionales proveedores de los Servicios tengan la oportunidad de evaluar su atención a las pacientes, involucrándose en la medición del cumplimiento de estándares, para que puedan constatar los parámetros en los que se equivocaron, que realizaron inadecuadamente, o que no hicieron. Esto no es posible realizarlo con todos los profesionales, por lo que el Equipo de MCC que revisa las historias toma nota del nombre y del error cometido, y luego en una reunión ampliada se notifica con la Historia Clínica a cada uno de los profesionales, para que así ellos puedan discutir o reconocer su error y así poder enmendarlo en las próximas atenciones prenatales.

7. Se logró que el Hospital asigne la tarea de medición del cumplimiento del estándar como parte de las horas pagadas al personal del EMCC:

La medición del cumplimiento de estándares a través de la revisión de historias clínicas demanda del personal que lo realiza un tiempo adicional a sus labores habituales. En varias unidades operativas, se solicitó al Director que esta actividad se contemple dentro de las horas laborables, lo cual fue aceptado. En algunos casos, esto llevó a disminuir por ejemplo el número de consultas diarias de algunos médicos.

En otras unidades la medición se realiza semanalmente (por ejemplo una hora todos los viernes), lo cual no interfiere con la atención de pacientes.

Otra modalidad es que la Enfermera realiza la medición del cumplimiento de los estándares de control prenatal revisando la historia clínica de la paciente inmediatamente después de que es

atendida y antes de entregar la historia a Estadística, lo cual facilita la medición y ahorra tiempo, además de que se pueden realizar algunas correcciones con el personal en ese mismo momento.

8. Se incluyó personal del laboratorio y de Estadística en el EMCC:

En muchas unidades operativas los servicios de Laboratorio y de Estadística delegaron una persona para que sea parte del equipo de mejoramiento y asista en forma permanente a las mediciones de los estándares y a las reuniones.

Esto permitió la adecuada coordinación con estos servicios de las mejoras planteadas por los EMCC. A través del delegado de Laboratorio al MCC su personal ha comprendido la importancia de tomar las muestras a estas mujeres, no rechazarlas y reportar con oportunidad los resultados. En cuanto a Estadística, se requiere que este Servicio mensualmente facilite una muestra de historias clínicas para su evaluación, esta tarea se dificulta cuando no hay un responsable de estadística que sea parte del equipo.

Resultados alcanzados

Los equipos de MCC lograron mejorar la calidad de la atención prenatal significativamente, desde grados muy bajos de cumplimiento de los estándares hasta niveles altos por arriba del 80%. Además, estos niveles se han sostenido durante más de un año, lo cual probablemente significa que su aplicación se ha institucionalizado en las unidades participantes.

2.5 Hipótesis

La calidad de atención durante el embarazo por parte del personal de salud conlleva la satisfacción de la paciente embarazada.

2.6 Variables

2.6.1 Variable Independiente

Calidad de la Atención en el Embarazo

2.6.2 Variable Dependiente

Satisfacción de las usuarias

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la investigación:

La presente investigación está enmarcada dentro de una investigación de tipo cualitativa, observacional, y descriptiva, en la cual se estudia la relación entre las variables, el proyecto se va a desarrollar en el Sub centro de salud Pilahuín.

Investigación de Campo:

Esta investigación está relacionada con el estudio sistemático de los hechos en el mismo lugar que se produjeron, los investigadores toman contacto con la realidad que los rodea para obtener la información de una forma directa y de acuerdo con los objetivos del proyecto.

Investigación Documental:

La investigación documental tiene el propósito de conocer, comparar, ampliar profundizar y deducir las diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones de los diferentes autores sobre el tema, sirve para construir el marco teórico, este presenta interrelación con diferentes dimensiones del contexto Histórico, Social, Ideológico, Político, Económico Científico, Técnico y Cultural, no solo del entorno del Sub centro de salud Pilahuín, sino también de las diferentes áreas referentes a los pacientes, como son los cantones de la provincia de Tungurahua, e incluso otras provincias.

3.2 Modalidad Básica de la Investigación.

Esta investigación está orientada por el sentido crítico, propositivo, descriptiva y analítica.

Critica.- Por que cuestiona de alguna manera la aplicación de normas del MSP y la atención.

Propositivo.- Porque permite buscar la forma de superar las dificultades en la atención que se proporciona a los usuarios que asisten al servicio de Consulta Externa.

Descriptiva y Analítica.- Por las observaciones realizadas en el servicio de consulta externa del SCS Pilahuín, serán analizados los resultados recopilados directamente.

3.3 Población y Muestra

La parroquia Pilahuín cuenta con 12.128 habitantes, de los cuales 5.868 son hombres y 6260 son mujeres. El grupo etario considerado como en edad fértil, es decir a 15 a 39 años corresponde 2565 habitantes. En el año 2012, 6420 personas fueron atendidas en el Subcentro de Salud Pilahuín, de los cuales un fue direccionado al servicio de Obstetricia.

Para el estudio que se llevó a cabo, se considera como población a 134 mujeres embarazadas que acudieron subsecuentemente al sub centro de salud Pilahuín en el año 2012, cumpliendo con cinco o más controles prenatales.

Finalmente se ha tomado una muestra de 92 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y fueron localizadas o accedieron a la realización de la encuesta.

3.4 Criterios de Inclusión

- Mujeres embarazadas que acudieron al servicio de Obstetricia del Sub Centro de Salud Pilahuín en el año 2012 y cumplieron con cinco o más controles prenatales independientemente a edad de la madre y edad gestacional.

3.5 Criterios de Exclusión

- Mujeres embarazadas que acudieron al Servicio de Obstetricia del Sub Centro de Salud Pilahuín en el año 2012 y no accedieron a la realización de la encuesta.
- Mujeres embarazadas que acudieron al Servicio de Obstetricia del Sub Centro de Salud Pilahuín en el año 2012 y no pudieron ser localizadas para la realización de la encuesta.

3.6 Tipo de Investigación

Corte Transversal, Modalidad Documental y Observacional.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: Calidad de Atención en el Embarazo por parte del personal de salud.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Calidad de Atención se conceptúa como: proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los usuarios.	Monitoreo de Calidad de Atención	Estándar e indicadores de proceso. Datos completos Formulario 051 de Historias Clínicas	¿Antecedentes personales?	Revisión de datos estadísticos Tabla Instrumento de recolección de datos para calidad de atención MSP Revisión de Historias Clínicas
			¿Semanas de amenorrea?	
			¿Toma de tensión arterial?	
			Frecuencia Cardiaca Fetal?	
			¿Sangrado Genital?	
			¿Actitud Fetal?	
			¿Estado Nutricional?	
			¿Vacuna Antitetánica?	
			¿Prescripción de Hierro?	
			¿Prescripción de Ac. Fólico?	
			¿Exámenes la Laboratorio?	
			¿Proteinuria en Tirilla?	

Variable dependiente: Satisfacción de las usuarias

Fuente: Investigador

Elaboración: Investigador

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Satisfacción del usuario: Bienestar que experimenta un usuario en relación a un servicio adquirido.	Respeto al usuario	Trato y confianza al usuario	¿Cómo fue el trato al usuario?	Encuesta Directa
	Eficacia	Examen completo al usuario	¿Se realizó un examen completo?	
	Información Completa	Explicación de tratamiento e indicaciones con palabras fáciles	¿Se explicó su estado con palabras y escritos fáciles?	
			¿Respetaron sus creencias?	
	Accesibilidad	Horario accesible al usuario	¿Los horarios de la institución son accesibles?	
	Oportunidad	Tiempo de espera para ser atendido	¿El tiempo de espera fue adecuado?	
	Respeto	Espacios Adecuados para la espera	¿Espacios cómodos?	
			¿Espacios limpios?	
		Deberes y derechos	¿Respeto a la privacidad?	

3.6 Técnicas e Instrumentos

- ✓ Se realizará una revisión de datos estadísticos de las pacientes embarazadas que asistieron al servicio de obstetricia en el año 2012, y se utilizarán tablas y listas de chequeo de insumos y medicamentos como instrumentos propuestos por el MSP para monitoreo de calidad de atención Materno-infantil.
- ✓ Se realizarán además encuestas dirigidas a las pacientes sobre satisfacción de la atención recibida.

3.7 Plan de recolección de información

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Dónde?	En el Sub centro de salud Pilahuín.
2	¿Sobre qué?	Calidad de atención en el embarazo y satisfacción de las usuarias
3	¿Por qué?	Se necesitan datos actuales sobre la realidad y la problemática de la misma.
4	¿Para qué	Para establecer un bienestar laboral y de atención permanente
5	¿Quién?	Investigadora María Gabriela Salazar estudiante de medicina UTA.
6	¿A quiénes?	A las usuarias embarazadas asistentes al servicio de obstetricia del Sub Centro de Salud Pilahuín que cumplen con cinco o más controles prenatales.
7	¿Cuándo?	Enero a Diciembre 2012

8	¿Cuántas veces?	Secuencialmente.
9	¿Cómo?	Mediante encuestas dirigidas a los usuarios y normas dispuestas por el MSP para valoración de calidad de Atención Prenatal
10	¿Con qué?	Encuestas, listas de chequeo y revisión de datos estadísticos con Tablas como instrumentos de recolección de datos

3.8 Plan de procesamiento de la información.

- Revisión crítica de la información.
- Ordenamiento de la información válida según las variables.
- Elaboración de tablas considerando las técnicas pertinentes a la investigación realizada.
- Transformación de las tablas en valores cuantitativos.
- Los valores cuantitativos transformarlos en porcentajes.
- Elaboración de cuadros representativos tales como diagramas centro gramas, circular y más.

3.9 Plan e Interpretación de Resultados.

- Análisis de los resultados estadísticos determinando tendencia o relaciones en funciones de las variables y objetivos e hipótesis.
- Interpretación de resultados considerando el marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Redacción del informe final (tesis) para presentar con fines de graduación.
- Llegar a establecer las conclusiones y recomendaciones como producto del estudio realizado en el Sub centro de salud Pilahuín.
- Comprobación de la Hipótesis.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Análisis e interpretación de resultados de las encuestas

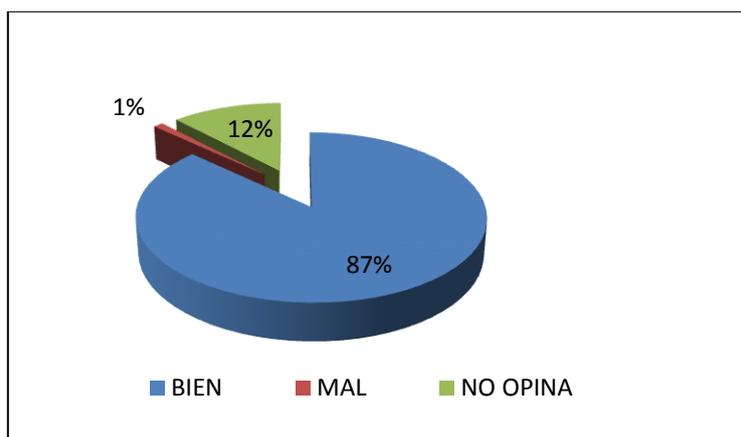
ENCUESTAS

(Realizadas a las pacientes)

1.- Durante su permanencia en el establecimiento ¿cómo la trataron?

GRÁFICO N°3

TRATO A LA USUARIA



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

De las 92 pacientes en estado de gestación que acudieron al Sub Centro de Salud de Pilahuín y fueron encuestadas, el 87% indica haber sido bien tratada en la institución, el 12% dice haber

sido mal tratada y el 1% prefiere no opinar. Estos porcentajes indican que la institución ha marcado en la mayoría de las pacientes una buena imagen a cerca del trato al usuario incrementando los buenos comentarios.

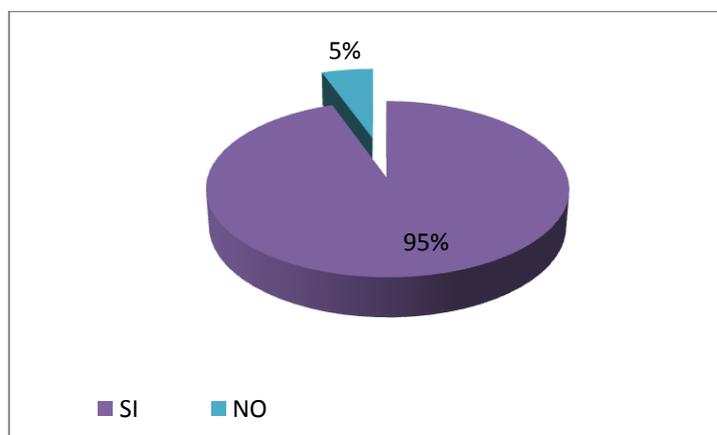
DISCUSIÓN

Estudios relacionados con el tema demuestran una concordancia entre la mayoría de ellos en los que se habla del buen trato que recibieron las pacientes al ser atendidos en diferentes casas de salud en el mundo, sin embargo aún existe un número de ellos que encuentran razones para afirmar lo contrario, por ejemplo Espinosa, Juárez y Cedeño (2004) demuestran con un estudio transversal en 15 hospitales de México que una de las principales causas de insatisfacción es el mal trato por parte del médico aspectos que sugieren ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa. Realizando una comparación con éste estudio se evidencia que la gran mayoría de las pacientes encuestadas refieren haber sido bien tratadas en el Subcentro de Salud Pilahuín, hablando bien del proceso de evaluación de la satisfacción de las usuarias.

2.- ¿El personal le brindó confianza para expresar sus inquietudes acerca del embarazo?

GRÁFICO N°4

NIVEL DE CONFIANZA



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

El 95% de las encuestadas opina que el personal si le brinda confianza para expresar sus inquietudes acerca de su embarazo. La información recolectada indica que el nivel de confianza hacia el personal de la institución ocupa un papel importantísimo en la relación médico paciente, en esta ocasión dando buenos resultados.

DISCUSIÓN

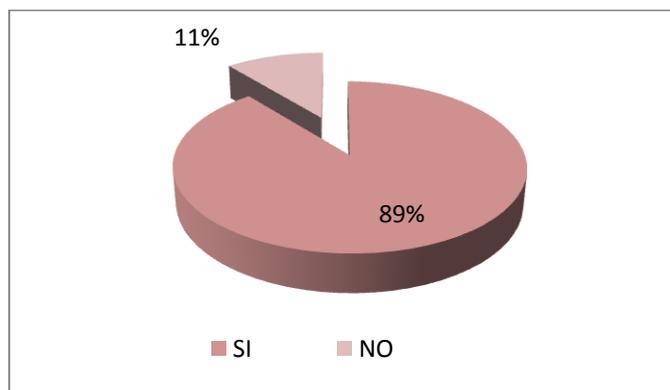
Los estudios acerca de calidad de atención y satisfacción de los usuarios realizados hasta ahora, no toman en cuenta el nivel de confianza que el personal de salud pueda brindar al usuario, se investigan las causas pero ninguno refiere datos estadísticos sobre este tema. Aunque Acosta L, Burrone MS en el 2011 refieren haber tomado en cuenta el vínculo establecido entre el profesional de salud y el destinatario en encuestas realizadas en centros de salud de la provincia de Córdoba Argentina, obteniendo buenos resultados, mas no los suficientes.

Por lo tanto los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional relacionada con el nivel de confianza que se les pueda brindar, y determinar la necesidad de implementar comunicación en los servicios de salud como acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

3.- ¿Considera que durante la consulta ginecológica le hicieron un examen completo?

GRÁFICO N°5

EXAMEN COMPLETO



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La mayoría de las pacientes, representada en un 89% considera que el examen ginecológico realizado fue completo; un alto porcentaje al momento de tomar en cuenta que las pacientes se encuentran pendientes de lo que el médico realiza con ellas al momento de la consulta.

DISCUSIÓN

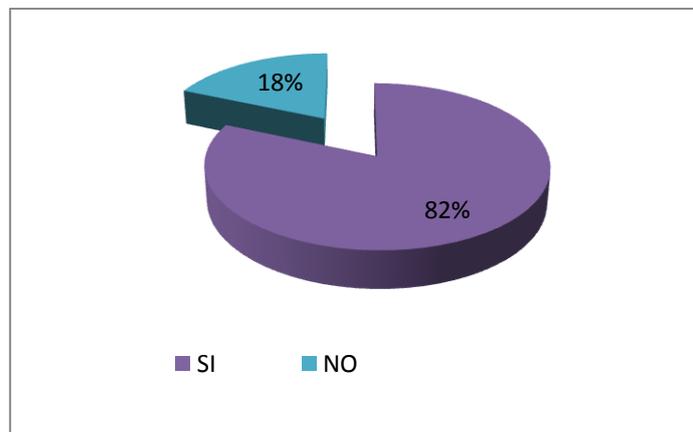
Espinosa, Juárez y Cedeño (2004) demuestran con un estudio transversal en 15 hospitales de México que la insatisfacción del paciente se relaciona con las omisiones en el proceso de la consulta Odds ratio 1,87 IC 95% 1,59-2,26), considerable cuando sabemos que existen muchas causas de insatisfacción, sin que los pacientes estudiados conozcan a que se llama un examen completo.

Si consideramos la ignorancia de las pacientes en cuanto al proceso que realiza el médico u obstetra en el examen físico sería poco perceptible si se realizó o no un examen ginecológico completo, sin embargo la mayoría de ellas en este estudio refieren positividad.

4.- ¿El personal que la atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?

GRÁFICO N°6

INFORMACIÓN DE EXAMEN



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Un alto porcentaje de pacientes, es decir el 82%, indica que fueron informadas de los procedimientos a realizarse durante su examen ginecológico. Esto habla muy bien del personal de salud de la institución que se basa en la información a la que el paciente tiene derecho.

DISCUSIÓN

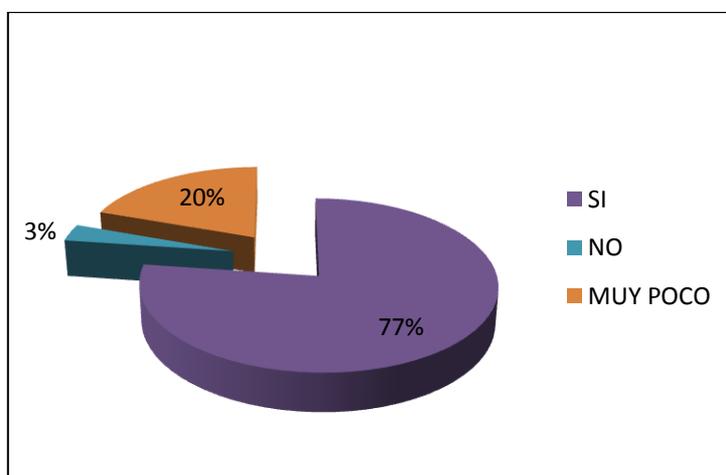
En un análisis de satisfacción del usuario después de haber sido informados de los procesos a realizarse y ante la atención recibida en el servicio de Medicina Familiar de la UMSC en Chile, se evalúan resultados aplicando una encuesta a 99 pacientes que recibieron atención en este servicio, y a los Médicos familiares que brindaron la atención.

El 79 % de pacientes califico a la atención como muy buena, 83% se sienten satisfechos de la información y la atención recibida, concordando con los resultados obtenidos en ésta estudio.

5.- ¿El personal que la atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es el estado de su embarazo, posibles complicaciones y cómo será el parto?

GRÁFICO N°7

EXPLICACIÓN DEL ESTADO



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Si bien un 77% de pacientes mencionan que recibieron información acerca del estado de su embarazo y cuidados a realizarse, un 20% de ellas mencionan que la información fue escasa, un valor considerable a ser tomado en cuenta al momento de utilizar un lenguaje fácil para la comprensión del paciente.

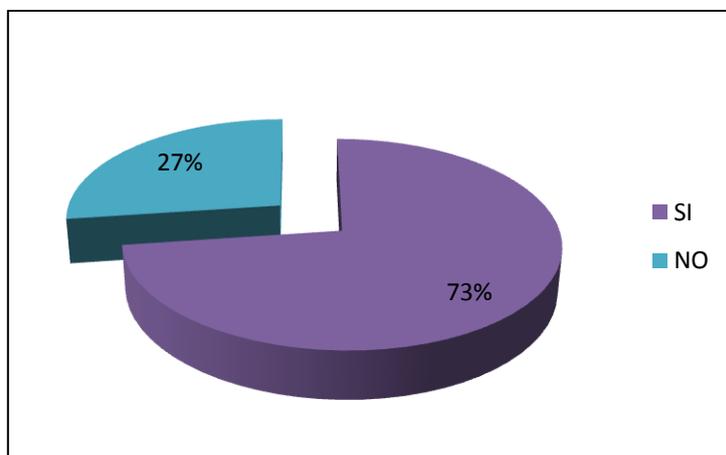
DISCUSIÓN

Nájera y Aguilar encontraron que en los últimos diez años la forma de insertar la información del estado de los pacientes influyó en su investigación acerca de la percepción la calidad de atención recibida en Encuesta Nacional de Salud II en México en el 2000, que levantó información de 3 324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta, emitiendo resultados como que el 11.17% no saben concretamente acerca de su estado de salud; comparando con éste estudio el porcentaje de desinformación en Pilahuín es mayor, 20%, convirtiéndose en un proceso que merece atención.

6.- ¿Si le dieron indicaciones en una receta, están escritas en forma clara para usted?

GRÁFICO N°8

INDICACIONES CLARAS



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Del 100% de las encuestadas una importante cifra, es decir 27%, insiste en la poca comprensión a la receta o indicaciones que el personal de salud emite, llevándonos a pensar en la necesidad de que el paciente entienda todas las indicaciones para que no existan malos entendidos y posibles complicaciones.

DISCUSIÓN

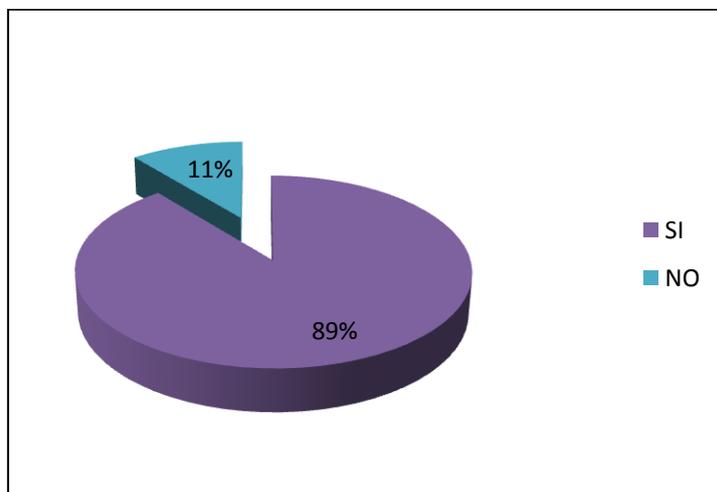
Con un alto índice de incomprensión a la letra del personal de salud y a sus indicaciones, el tema se vuelve muy discutido entre pacientes para calificar de manera subjetiva la calidad de atención recibida, sin embargo no existe información en los estudios reportados que permita comparar éste ítem con lo realizado.

La forma de entendimiento de las indicaciones debería ser tomada muy en cuenta al momento de pensar en la posibilidad de que el paciente no lleve a cabo el tratamiento y cometa errores que muchas veces pudieran ser irreversibles.

7.- ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación al embarazo y al parto?

GRÁFICO N°9

RESPETO A CREENCIAS



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Tomando en cuenta que la mayoría de pacientes tiene ciertas creencias en cuanto a su embarazo y al parto, un 89% de ellas cree que esas creencias son respetadas por el personal de salud, aún sin estar de acuerdo con muchos de los procedimientos que las familias realizan y que pueden poner en riesgo la integridad de las pacientes

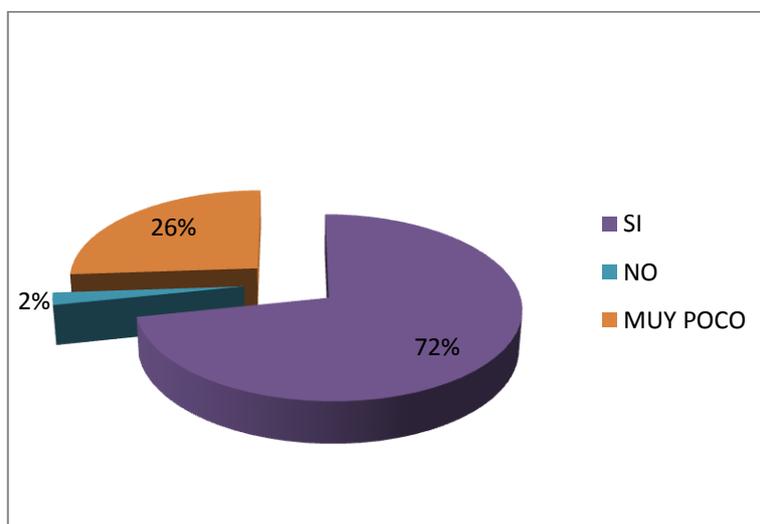
DISCUSIÓN

Estudio etnográfico descriptivo, cualitativo, realizado durante octubre 2002 a abril 2003, aplicándose 24 entrevistas a profundidad en las comunidades de Puerto Galilea y Chapiza Perú demuestra que las concepciones y percepciones del embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas son respetadas por el personal de salud de casa asistenciales cercanas a su comunidad, situación que se repite en el estudio realizado en el Subcentro de Salud Pilahuín, con una buena percepción de las pacientes encuestadas frente a esta pregunta.

8.- ¿El personal que la atendió le explicó los cuidados del embarazo a seguir en su casa?

GRÁFICO N°10

EXPLICACIÓN DE CUIDADOS EN EL HOGAR



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Aunque un 72%, que es la mayoría, indica que recibió indicaciones acerca de los cuidados del embarazo en el hogar, un 26% puede ser considerado como una cifra importante a tomar en cuenta al momento de pensar en la falta de recomendaciones a las pacientes para mejores cuidados y pocas negligencias.

DISCUSIÓN

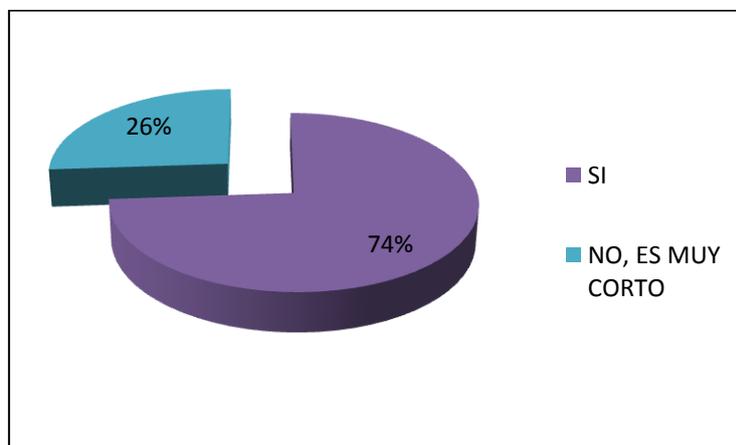
Según Armando Medina Ibáñez la mayoría de pacientes encuestadas para un estudio etnográfico descriptivo, cualitativo, realizado durante octubre 2002 a abril 2003, aplicándose 24 entrevistas a profundidad en las comunidades de Puerto Galilea y Chapiza Perú, las pacientes refieren que los cuidados durante el embarazo también tienen que ver con las actividades diarias, teniéndose diversas precauciones, como evitar los trabajos pesados o esfuerzos bruscos, entre otros.

Todos estos datos fueron difundidos por el personal de salud que emitió la información a sus pacientes.

9.- ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?

GRÁFICO N°11

HORARIO DE ATENCIÓN



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

El horario de atención al que se rige el personal de salud de dicha institución, en la mayoría de pacientes, el 74%, crea conformidad, sin embargo un 26% piensa que el tiempo de atención es muy corto y que debería extenderse, sin conocer que este horario no lo establece el personal.

DISCUSIÓN

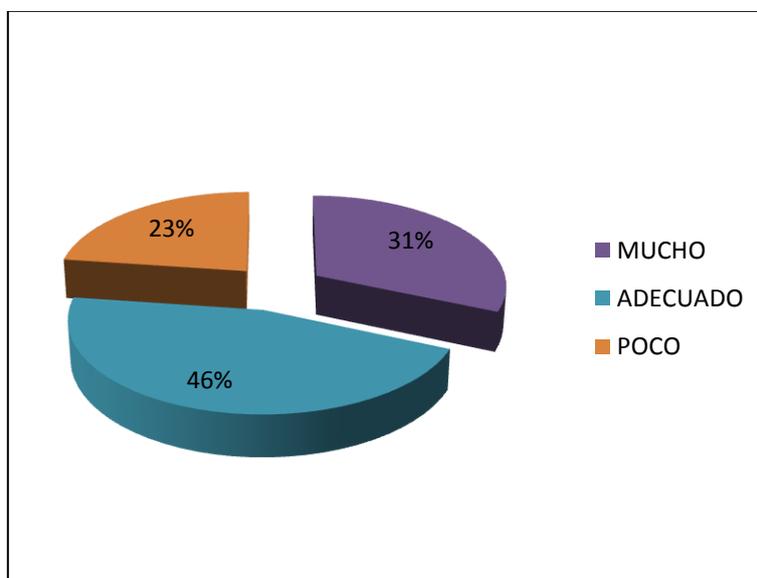
La mayoría de casas de salud rural tienen un horario definido por autoridades superiores para la atención a los pacientes, muchos corresponden a las ocho horas laborables del personal, situación que es cuestionada por los usuarios que quisieran que dicho horario fuese mayor o pudiera extenderse a una atención de tipo permanente.

Satisface saber que también un alto porcentaje de las usuarias respetan este horario y se cree conformidad entre ellas.

10.- ¿El tiempo que usted esperó para ser atendida fue?

GRÁFICO N°12

TIEMPO DE ESPERA



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Las respuestas obtenidas en esta pregunta se encuentran divididas, un 46% de las pacientes piensa que el tiempo de espera para la atención es adecuado, un 31% que el tiempo es extenso, y un 23% que el tiempo de espera es corto, esto puede interpretarse como un factor independiente a la forma de atención al paciente y ajeno a la voluntad del personal en muchas de las ocasiones.

DISCUSIÓN

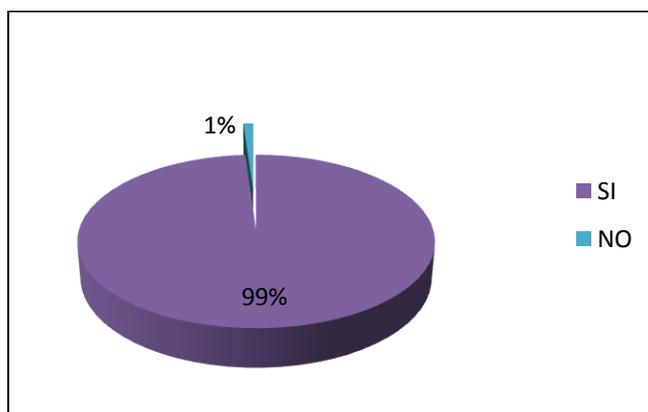
Como la mayoría de estudios realizados para valorar satisfacción en los usuarios de casas de salud, la Revista Cubana de Salud Pública (2007) resuelve que en los hospitales de cita previa en Medicina Familiar, la calidad de atención fue alta, excepto en tiempo de espera, factor que siempre resulta mencionado al momento de calificar la atención recibida.

Todo esto resulta de la cantidad excesiva de pacientes que acuden a las casas de salud pública, todos con el afán de ser atendidos con prontitud se ven en la tarea de exigir que el tiempo de espera por atención sea cada vez más corto, sin poder ser resuelto en su totalidad, pues siempre habrá inconformidad aunque pudiera ser en porcentajes menores.

11.- ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?

GRÁFICO N°13

AMBIENTE DEL ESTABLECIMIENTO



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La interpretación para esta pregunta debe ser escasa para descifrar que la gran mayoría de pacientes opinan que el ambiente del establecimiento es cómodo para la atención recibida. Esto habla muy bien de la atención que se presta a las personas que asisten a la esta institución.

DISCUSIÓN

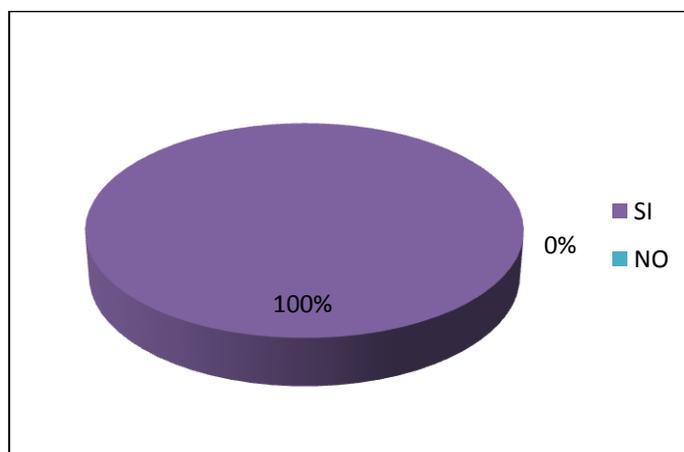
Nájera y Aguilar en el 2002 realizan una actualización a su estudio acerca de la calidad de atención en pacientes tomando datos de la Encuesta Nacional de Salud en México, en donde encuentran que un porcentaje menor 4% mencionó que los ambientes de las instituciones de salud deberían mejorar debido a que permanecen mucho tiempo en ellos antes de recibir atención.

De la misma manera en éste estudio tan solo el 1% de las encuestadas mencionó que el ambiente del establecimiento no es cómodo para la atención que recibe.

12.- ¿El establecimiento se encuentra limpio?

GRÁFICO N°14

LIMPIEZA DEL ESTABLECIMIENTO



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La totalidad de las pacientes indagadas respondió que el establecimiento de salud al que se hace referencia se encuentra siempre limpio y apto para su atención, dando muy buenas referencias para una óptima respuesta hacia las pacientes que necesitan atención en este establecimiento.

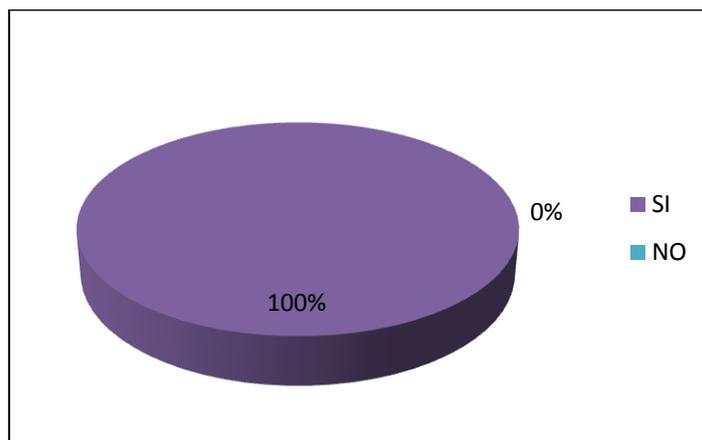
DISCUSIÓN

Definitivamente la limpieza de un establecimiento de salud debería ser tomando en cuenta siempre para poder preguntar al paciente si está o no conforme con la atención recibida. Se menciona tiempo de espera, buen trato, etc., pero un lugar limpio siempre proporcionará al usuario tranquilidad y confort al mismo tiempo de recibir solución a sus problemas de salud.

13.- ¿Durante la consulta se respetó su privacidad?

GRÁFICO N°15

RESPECTO A LA PRIVACIDAD



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Al igual que la pregunta anterior el 100% de pacientes que acudieron al Sub Centro de Salud Pilahuín opinan que su privacidad fue respetada, siendo una de las características más relevantes del personal que la conforma, según las encuestadas.

DISCUSIÓN

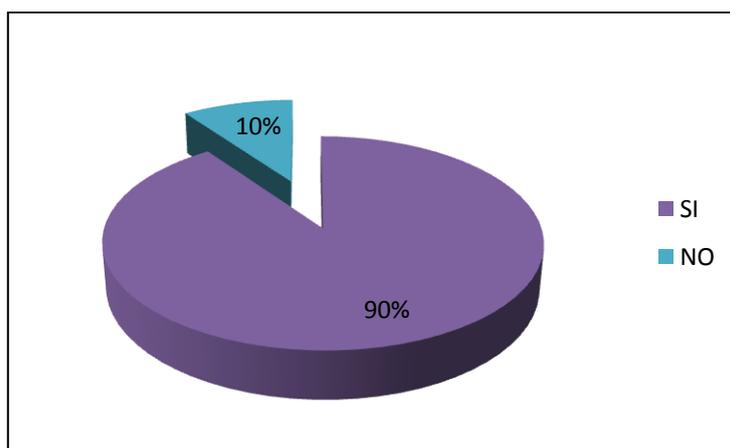
En un estudio transversal en 196 pacientes ingresados en la Fundación Jiménez Díaz (Madrid) y 178 profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) que trabaja en la misma se encuestó a todos ellos sobre aspectos relacionados con el derecho a la intimidad. Sus resultados concuerdan con los obtenidos en éste estudio el 100% de pacientes creen que su derecho a la privacidad fue respetado.

El paciente hospitalizado tiene derecho a que se respete su intimidad. Los diferentes aspectos del derecho a la intimidad son bien conocidos por parte del paciente y del personal de salud destinado a su cuidado.

14.-En términos generales ¿Usted se siente satisfecha con la atención recibida?

GRÁFICO N°16

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Aunque existe un 10% de pacientes que por varios motivos no se encuentra satisfecha con la atención recibida, el 90% que marca una notable mayoría encuentra satisfacción después de haber sido atendidas en dicha institución.

DISCUSIÓN

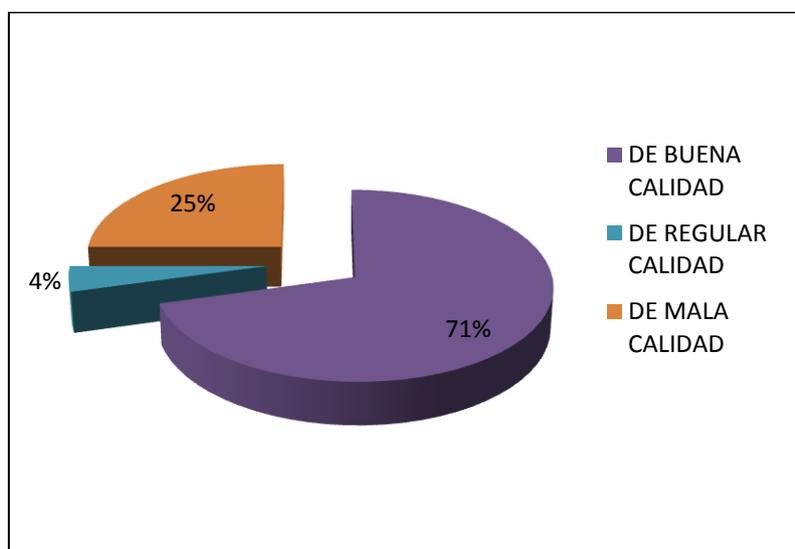
Un estudio realizado en el Hospital I Espinar en España acerca de las necesidades de los pacientes, sus expectativas, la medida en que sus necesidades son cubiertas y su opinión con respecto a la atención que brindamos en el establecimiento. Se cuantificó la satisfacción con la escala de Likert, respondieron un cuestionario validado 91 usuarios mayores de 12 años de los servicios de consulta externa.

El nivel de satisfacción del usuario en una escala del 1 al 5 es 3,68, el porcentaje de usuarios satisfechos es de 82%. El porcentaje alcanzado en éste estudio tiene valores semejantes.

15.- ¿Cómo calificaría usted la calidad del servicio recibido en el SCS?

GRÁFICO N°17

CALIDAD DEL SERVICIO



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Un 71% puede ser considerado como la indiscutible mayoría, sin embargo un 25% considera que la atención recibida es de mala calidad, y una minoría, 4%, de regular calidad, así que no todos consideran que la calidad es la mejor pero el porcentaje más alto da buenas referencias.

DISCUSIÓN

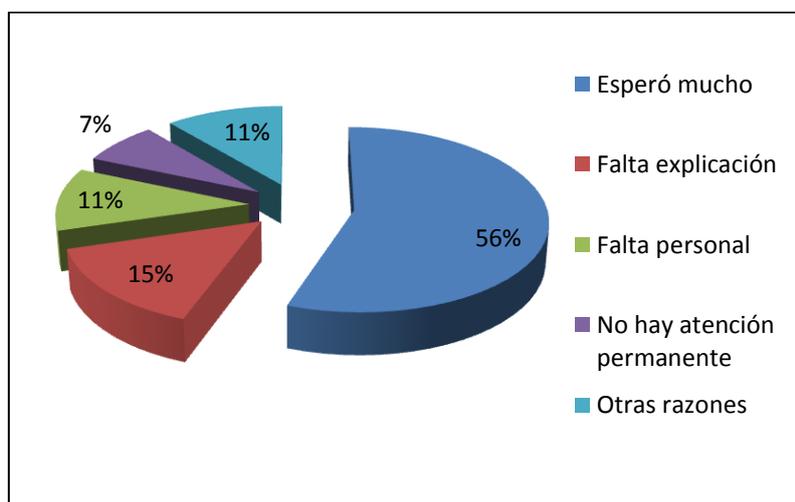
Según la Encuesta Nacional de Salud en México 2000, el 81.2% de los usuarios de casas de salud percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala, valores que se asemejan a los valores obtenidos en ésta estudio teniendo buenos resultado que reflejan la satisfacción de las usuarias por la atención recibida.

Con todos los parámetros utilizados para medir la satisfacción de los usuarios en instituciones de salud a nivel mundial, se valora al final el grado de percepción que tienen los pacientes frente a éstos, si bien existen datos como la inconformidad en cuanto al tiempo de espera, en general su satisfacción es evidente.

16.- Si usted respondió: de regular calidad o de mala calidad; escriba a continuación las razones más importantes por las que usted considera al servicio de la calidad escogida.

GRÁFICO N°18

REGULAR Y MALA CALIDAD – RAZONES



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Tomando en cuenta que el 100% son solo las personas que respondieron en la pregunta anterior que el servicio es de regular o de mala calidad, más de la mitad es decir el 56% opina que esperó mucho tiempo para ser atendido, sin embargo existen otras respuestas en similar porcentaje con minoría.

DISCUSIÓN

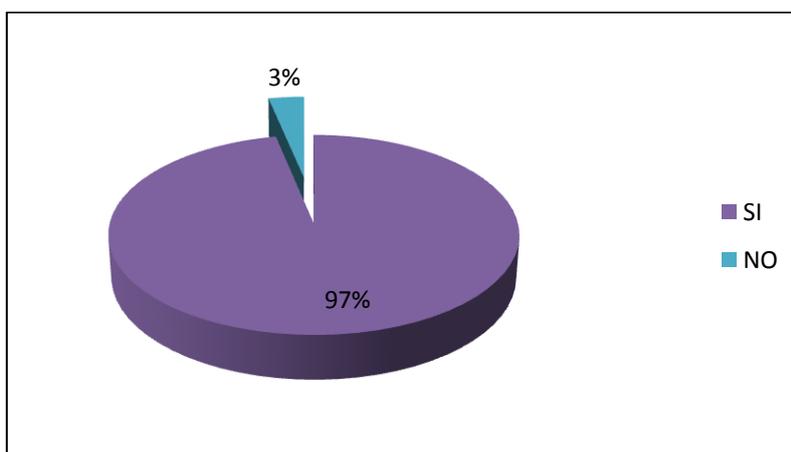
Nájera y Aguilar (1998) Encontraron que en la mayoría de instituciones de salud de Mexico, que 81.2% de los usuarios percibió que la atención en el recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%).

En éste estudio el porcentaje de pacientes que encontraron inconformidad con el tiempo de espera supera los valores mencionados por Nájera y Aguilar, colocándolo en primer lugar.

17.- Después de hoy ¿regresaría usted para ser atendido en esta casa de salud?

GRÁFICO N°19

RETORNO AL SERVICIO



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

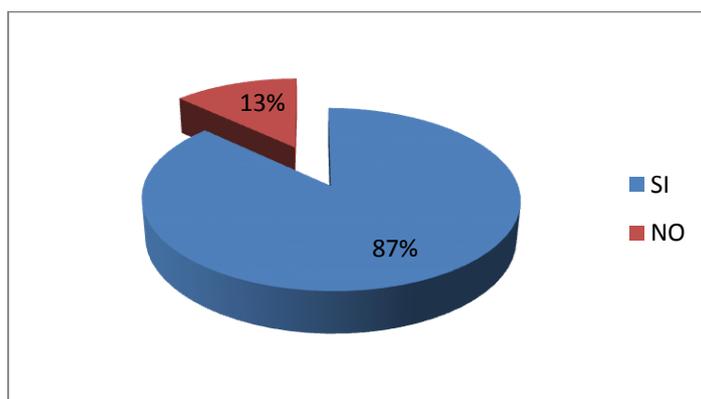
La mayoría de las pacientes que han sido atendidas en el Sub Centro de Salud Pilahuín, responden que regresarían para recibir atención en esta institución, sin embargo muchas hicieron referencia a la cercanía de la institución como factor de retorno.

DISCUSIÓN

En la mayoría de estudios que valoran la calidad de atención percibida por los pacientes, con un alto porcentaje los pacientes mencionan que regresarían para ser atendidos en dichas casas de salud, ya sea por haber recibido un trato adecuado o por ser la única institución cercana a sus domicilios. En la Encuesta Nacional de Salud de México los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%), datos que se asemejan a los obtenidos.

GRÁFICO N°20

LLENADO COMPLETO DE HISTORIAS CLÍNICAS



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Revisión de Historias Clínicas

ANÁLISIS

Luego de revisar las Historias Clínicas de las pacientes embarazadas que acudieron al servicio en el año 2012, y con ayuda de las tablas e instrumentos para medir calidad de atención del MSP se llega a la conclusión de que la mayoría de éstas, es decir, el 87% cumplen con los 12 parámetros establecidos como favorables para establecer calidad.

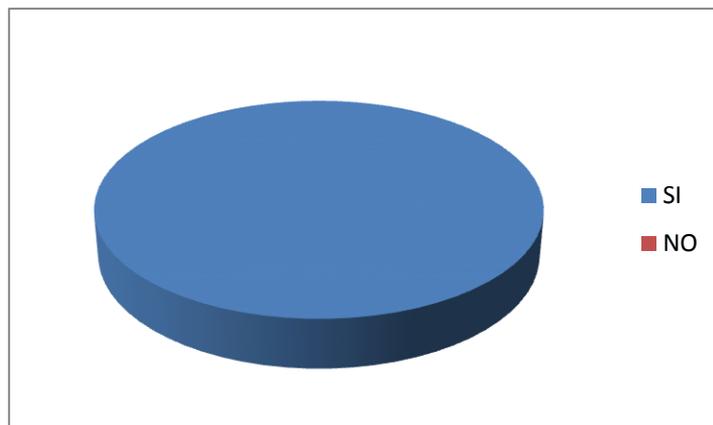
DISCUSIÓN

Un escaso número de profesionales de la salud conoce acerca de la iniciativa del Gobierno Nacional por mejorar los niveles de calidad de atención en el ámbito salud, desconociendo por

tanto que uno de los parámetros para medición de calidad de atención se basa en el llenado correcto de las historias clínicas de las pacientes atendidas, situación que casi no se toma en cuenta por lo que existe un porcentaje que aun preocupa y debería disminuir.

GRÁFICO N°19

INSUMOS Y MEDICAMENTOS BÁSICOS



Realizado por: María Gabriela Salazar

Fuente: Revisión de Historias Clínicas

ANÁLISIS

El 100% de las pacientes que acudieron en el Sub Centro de Salud Pilahuín recibieron atención con la totalidad de insumos y medicamentos básicos dispuestos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

DISCUSIÓN

Acosta y López de Neira (2011) presentan estudios que evalúan la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios indican que la suficiencia del material y equipo son aspectos importantes para calificar como aceptable un servicio. Los resultados de este trabajo revelaron que para la mayoría de los destinatarios hay insumos para la atención médica en los centros de salud. Con satisfacción se menciona que en el estudio realizado se cumple en su totalidad con lo propuesto por las autoridades correspondientes.

TABLAS DE CONTINGENCIA

TABLA N° 4

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaj e	N	Porcentaj e	N	Porcentaj e
calidad * satisfacción	92	100,0%	0	0,0%	92	100,0%

TABLA N° 5

TABLA DE CONTINGENCIA CALIDAD * SATISFACCIÓN

			satisfacción		Total
			SI	NO	
calidad	BUENA CALIDAD	Recuento	65	0	65
		% dentro de calidad	100,0%	0,0%	100,0%
		Residuos corregidos	4,9	-4,9	
	MALA CALIDAD	Recuento	14	9	23
		% dentro de calidad	60,9%	39,1%	100,0%
		Residuos corregidos	-5,5	5,5	
	REGULAR CALIDAD	Recuento	4	0	4
		% dentro de calidad	100,0%	0,0%	100,0%
		Residuos corregidos	,7	-,7	
	Total		Recuento	83	9
		% dentro de calidad	90,2%	9,8%	100,0%

TABLA N° 6

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	29,92 8 ^a	2	,000	,000		
Razón de verosimilitudes	28,14 2	2	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	24,75 8			,000		
Asociación lineal por lineal	13,97 7 ^b	1	,000	,001	,001	,001
N de casos válidos	92					
a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.						
b. El estadístico tipificado es 3,739.						

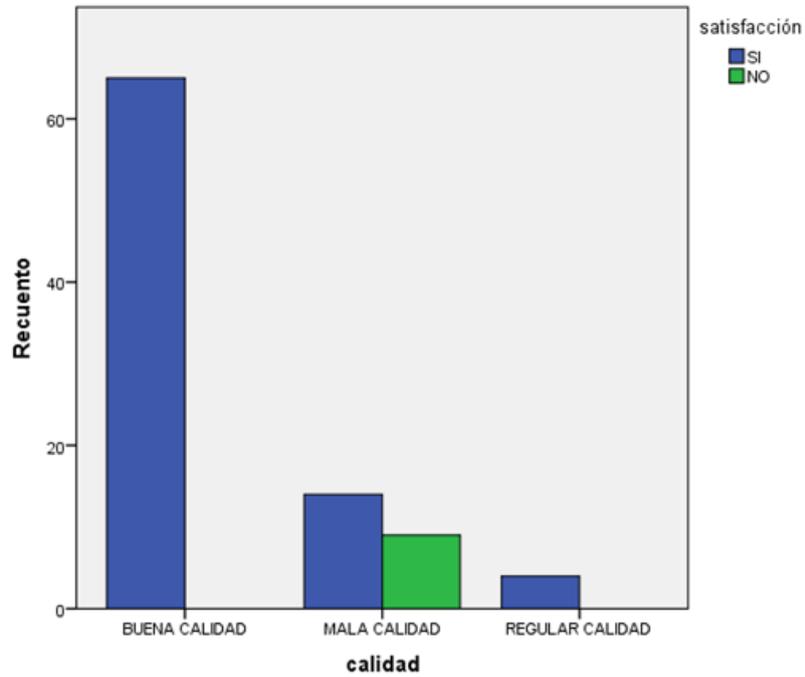
TABLA N° 7

MEDIDAS SIMÉTRICAS

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada ^a	Sig. exacta	
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,392	,083	4,041	,000 ^c	,001
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,476	,081	5,132	,000 ^c	,000
N de casos válidos		92				
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.						
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.						
c. Basada en la aproximación normal.						

GRÁFICO N°22

ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS



Se ha realizado una prueba Fisher para analizar la asociación entre la calidad de atención y la satisfacción de las usuarias. Los resultados muestran que si existe asociación de ambas variables [FISHER 2, N= 92)=0,000 $p < 0,05$].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ✓ La mayoría de pacientes embarazadas que acudieron al Sub Centro de Salud Pilahuín en el año 2012, se encuentra satisfecha con la atención recibida.
- ✓ Existe un predominio de pacientes que opinan que se puede calificar a la atención recibida como de buena calidad.
- ✓ La primera causa de insatisfacción es el tiempo largo de espera antes de la consulta.
- ✓ El llenado de las historias clínicas en la mayoría de pacientes atendidas cumple con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud Pública como indispensables para la medición de calidad de atención Materno-Neonatal.
- ✓ El uso del manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención Materno – Neonatal, propuesto por el Ministerio de Salud Pública es casi nulo en el Sub Centro de Salud Pilahuín.
- ✓ El Sub Centro de Salud Pilahuín, cumple en su totalidad con los insumos y medicamentos básicos necesarios para la atención prenatal de pacientes embarazadas en la institución.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda difundir la utilización del Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal, propuesto por el ministerio de Salud Pública y desconocida por muchos.
- ✓ La capacitación al personal de salud para que evalúe permanentemente la calidad de atención y de esta manera no se descuide este parámetro tan importante.
- ✓ Recomendar la realización de nuevas investigaciones para comprobar que la satisfacción del usuario es tan importante como un buen tratamiento.
- ✓ Crear grupos de evaluación permanente que vigile el llenado completo y correcto de las historias clínicas para mantener una efectividad en calidad de atención al paciente y por ende su satisfacción.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

“DIFUNDIR LA UTILIZACIÓN DE MANUAL DE ESTÁNDARES INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL”

6.1 Datos Informativos

Localización de la propuesta: Sub Centro de Salud Pilahuín.

Beneficiarios: Pacientes en estado de gestación de Pilahuín.

Tiempo de Ejecución:

Inicio: Junio del 2014

Finalización: Indefinido

Equipo de Ejecución:

Investigador: María Gabriela Salazar Villacís

Costo total de la propuesta

El costo total de la propuesta es de 200 dólares.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Con la investigación realizada se determinó que el 90% de pacientes embarazadas atendidas en el Sub Centro de Salud Pilahuín se encuentran satisfechas por la atención recibida en dicha institución, sin embargo un porcentaje menor refiere que la primera causa de insatisfacción es el largo tiempo de espera antes de la consulta.

Existe un Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para Medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal, desconocida por muchos, que propone el Ministerio de Salud Pública para realizar un monitoreo continuo; el mismo menciona que a más de medir la satisfacción de las usuarias, se debe utilizar las tablas para controlar un completo llenado de historias clínicas y llevar un registro de los insumos y medicamentos básicos que deben existir en la institución, éstas tablas fueron utilizadas en la presente investigación obteniendo buenos resultados; por ejemplo el llenado correcto y completo de historia clínicas cumple con la mayoría de parámetros exigidos, y la institución cuenta con la totalidad de insumos y medicamentos básicos necesarios para la atención a las pacientes embarazadas.

Por lo anteriormente mencionado es necesario se inicie el trámite para crear grupos de control permanente del buen llenado de historia clínicas, control de insumos y medicamentos y charlas dirigidas al personal de salud del Sub Centro de Salud Pilahuín acerca de la calidad de atención y los beneficios que obtienen las pacientes al realizar un monitoreo continuo según las normas del Ministerio de Salud Pública.

6.3 Justificación

Un programa informativo acerca de la calidad de atención a los pacientes y las facilidades que otorga el MSP para monitorizar la misma continuamente, abre las puertas hacia la posibilidad de mantener un servicio íntegro dirigido hacia la población. La satisfacción que presentan los

usuarios tras la atención recibida no ayudará solo al bienestar Sico-social de los mismos sino también a una pronta recuperación de sus dolencias y a una orientación hacia el retorno a ésta casa de salud.

Debido al poco conocimiento del personal acerca del monitoreo continuo de calidad de atención materno-infantil que propone el MSP, es necesaria la difusión de esta información como herramienta fundamental para la satisfacción del usuario que asiste.

6.4 Objetivos

✓ Objetivo General

Difundir la utilización del Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la atención Materno – Neonatal.

✓ Objetivos Específicos

- Sociabilizar la investigación realizada
- Diseñar estrategias informativas orientadas al monitoreo continuo de la calidad de atención a las pacientes embarazadas que acuden al sub centro de salud Pilahuin.

6.5 Análisis de factibilidad

La siguiente propuesta es factible por las siguientes razones:

6.5.1 Factibilidad socio-cultural

La difusión del mensaje de buena calidad de atención permite sociabilizar al médico u obstetrix con los pacientes, para establecer una sociedad tolerante, llena de buenas costumbres y sobre todo llena de satisfacción.

6.5.2 Factibilidad organizacional

El factor institucional y profesional se presta para la realización y desarrollo adecuado de dicha propuesta.

6.5.3 Factibilidad Económica

Talento Humano

- ✓ Investigador

Recursos tecnológicos

- ✓ Computador
- ✓ Impresora
- ✓ Proyector

Recursos Materiales

- ✓ Papel
- ✓ Gigantografías
- ✓ Franelógrafos
- ✓ Material Bibliográfico

6.6 Fundamentación

CALIDAD DE ATENCIÓN

Definimos **calidad**, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En el análisis de la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud, es importante para tener una evaluación de la atención que se está brindando, siendo útil esta información para quienes deben tomar la decisión de mejorar los servicios de salud y reorientar aquellos que no se encuentran funcionando de manera eficiente y eficaz.

ESTÁNDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL EN ECUADOR

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los Equipos de Mejoramiento Continuos de la Calidad (EMCC) de las unidades operativas del MSP, los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008. Este documento presenta un conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento tiene su respectivo instructivo, en el que se indica cómo obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el embarazo de bajo riesgo. El primer control debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes repartidos de la siguiente manera: uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se

requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardíacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.¹⁶

¹⁶Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal. Ecuador: MSP; 2008.

ESTÁNDARES E INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD ATENCIÓN MATERNO NEONATAL

Enfoque sistémico	Procesos de Atención					
	Prenatal	Parto	Postparto	Recién Nacido	Complicaciones Obstétricas	Complicaciones Neonatales
Entrada	1. % de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a					
Proceso	2. % de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma	3 A. % de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma en los que se graficó correctamente las curvas y se controló la labor. 3 B. % de partos atendidos en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical 4. % de Partos vaginales atendidos en el hospital en los que se administró a la parturienta 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer periodo del parto y se registró en la historia clínica perinatal.	5. % de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.	6. % de recién nacidos/as en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la norma.	8 A. % de pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma. 8 B. % de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma. 8 C. % de pacientes con Infeción Fiebre de causa obstétrica que fueron manejadas de acuerdo a la norma. 8D. % Partos Pretermino con Corticoides prenatales. 8E. % Partos Pretermino con Nifedipina como Uteroinhibidor. 8F. % Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas , manejadas de acuerdo a norma.	9A. % RN con infección sistémica , manejadas de acuerdo a la norma. 9B. % RN con Trastornos Respiratorios , manejadas de acuerdo a la norma. 9C. % RN con Prematurez , manejadas de acuerdo a la norma.
Salida		7 A. Porcentaje de partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetriz).		7 B. Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por profesional capacitado (médico/a u obstetriz) 11. Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.	10. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas 12. % de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas.	
	13. % de muertes materna ocurridas en el Área de Salud / Hospital que tienen un proceso de investigación epidemiológica.					

Fuente: Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para Medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal MSP.

**ESTÁNDARES E INDICADORES A SER MEDIDOS POR LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:
ESTÁNDARES BÁSICOS E INDICADORES DE ENTRADA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN
NACIDO/A:**

1. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada unidad operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODI-CIDAD
Toda Unidad Operativa contará con el 100 % de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	Porcentaje de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	$\frac{\text{Número de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a el día de la medición}}{\text{Total de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, seleccionados de acuerdo al nivel de complejidad de la Unidad de Salud}} \times 100$	Lista de chequeo para constatar la existencia de los insumos, equipos y medicamentos seleccionados	El número de Insumos, equipos y Medicamentos que correspondan de acuerdo al tipo de atención que se brinde	Observación directa	-	Trimestral

Lista de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud reproductiva y del/a recién nacido/a:

<p><u>Área de preparación:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Fonendoscopia / estetoscopio Tensiómetro *Tallímetro o cinta métrica Balanza de adulto Termómetros <p><u>Consultorio de Gineco-Obstetricia:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. Fonendoscopia / estetoscopio Tensiómetro. Termómetros. Lámpara cuello de ganso. Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras. Corneta de Pinard y/o Doppler. Reloj de pared. Guantes quirúrgicos estériles. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine □ Alcohol yodado). Tinillas para proteinuria. Espéculos vaginales estériles y/o desechables. Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 71 a 89) Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc Espadrapo normal y poroso. Gasas estériles Catéter venoso No. 18 o 20 Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión. Microgotero o bomba de infusión Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma. 	<p><u>Servicio de Emergencia:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. Fonendoscopia / estetoscopio. Tensiómetro. Termómetros. Lámpara cuello de ganso. Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras. Corneta de Pinard y/o Doppler. Reloj de pared. Guantes quirúrgicos estériles. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine □ Alcohol yodado). Tinillas para proteinuria. Espéculos vaginales estériles y/o desechables. Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 71 a 89) Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc Espadrapo normal y poroso. Gasas estériles Catéter venoso No. 18 o 20 Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión. Microgotero o bomba de infusión Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma. 	<ol style="list-style-type: none"> Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. O Dexametasona amp 4 mg/ml Lidocaína al 2 % sin epinefrina (SE) frasco. Oxígeno disponible <p><u>Sala de partos (Atención del recién nacido normal):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. Fonendoscopia pediátrica/ estetoscopio pediátrico. Tallímetro o cinta métrica Balanza pediátrica y/o neonatal. Tres toallas o campos de tela para secado del recién nacido. Fuente de calor Termómetro ambiental Mesa de examen Reloj. Guantes estériles desechables Penilla de caucho Aspirador con manómetro. Ligaduras de cordón umbilical (anillos de caucho o clamp) * Manillas para identificar al/a recién nacido/a Laringoscopia neonatal con hoja 0 □ 1. * Tubo endotraqueal para recién nacido #2 □ 4 Sonda nasogástrica para neonatos N° 6-8 FR. Ambú para recién nacido con mascarillas de 	<p><u>Sala de cirugía / quirófano (obstétrico):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. Lavabo Quirúrgico / Jabón líquido quirúrgic. Fonendoscopia / estetoscopio Tensiómetro Lámpara quirúrgica o ciéltica Mesa de operaciones Reloj Equipo de succión. Paquete de instrumental de cesárea (existirán dos paquetes de instrumental estéril listo para atender cesáreas) Dos paquetes de ropa estéril y lencería de quirófano para atención de cesáreas Guantes quirúrgicos estériles Soluciones desinfectantes (Clorexhidine □ Alcohol yodado) Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl) Tinillas para proteinuria. Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 182 al 207) Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc Espadrapo normal y poroso. Gasas estériles Catéter venoso No. 18 o 20 Equipo de venoclisis o equipo de bomba de
---	---	---	---

<p>22. *Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg. Farmacias: (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)</p> <p>23. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine □ Alcohol yodado).</p> <p>24. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>25. * Paracetamol tabletas 500 mg.</p> <p>26. * Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.</p> <p>27. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>28. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>29. Oxitocina ampollas de 10UI.</p> <p>30. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc</p> <p>31. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p>	<p>78. *Paracetamol tabletas 500 mg</p> <p>79. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>80. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>81. Oxitocina ampollas de 10UI</p> <p>82. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc</p> <p>83. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>84. Eritromicina tabletas 500 mg</p> <p>85. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.</p> <p>86. Gentamicina ampollas 80 mg</p> <p>87. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.</p> <p>88. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.</p> <p>89. Oxígeno disponible.</p> <p>Sala de partos (Atención del parto normal y complicado):</p> <p>90. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p>	<p>varios tamaños</p> <p>140. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina</p> <p>141. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%</p> <p>Estación de enfermería de hospitalización obstétrica.</p> <p>142. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>143. Basureras con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>144. Fonendoscopio / estetoscopio.</p> <p>145. Tensiómetro.</p> <p>146. Termómetros.</p> <p>147. Corneta de Pinard y/o Doppler</p> <p>148. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc</p>	<p>infusión.</p> <p>187. Microgotero o bomba de infusión</p> <p>188. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>189. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>190. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>191. Oxitocina ampollas de 10UI</p> <p>192. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc</p> <p>193. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>194. Cefazolina ampollas 1 g.</p> <p>195. Lidocaína al 2% sin epinefrina (SE)</p> <p>Material de Anestesia Obstétrica.</p> <p>196. Máquina de anestesia funcionando y fármacos correspondientes para cirugía obstétrica básica:</p>
<p>32. *Ampicilina ampollas 1 g/tabletas 500mg.</p> <p>33. Cefazolina ampollas 1 g.</p> <p>34. Eritromicina tabletas 500 mg.</p> <p>35. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.</p> <p>36. Gentamicina ampollas 80 mg.</p> <p>37. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.</p> <p>38. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml.</p> <p>39. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.</p> <p>40. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%.</p> <p>41. Lidocaína al 2 % sin epinefrina (SE) frasco.</p> <p>Laboratorio:</p> <p>42. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.</p> <p>43. Basureras con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>44. Microscopio.</p> <p>45. Centrifuga.</p> <p>46. Cámara cuenta glóbulos.</p> <p>47. Coagulómetro para tiempos de coagulación.</p> <p>48. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vacutainer</p> <p>49. Tubos: tapa roja, lila, celeste.</p> <p>50. Tubos de eritrosedimentación y hematocrito.</p> <p>51. Reactivo y/o tirillas para glicemia.</p> <p>52. Reactivo para VDRL</p> <p>53. Reactivo y/o tirillas para proteinuria.</p> <p>54. Reactivos para tiempos de coagulación. Reactivos para TGO □ TGP.</p> <p>55. Kit para prueba rápida VIH.</p> <p>56. Set para tipificación y pruebas cruzadas.</p> <p>57. Reactivos para test de embarazo.</p>	<p>91. Basureras con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.</p> <p>92. Fonendoscopio / estetoscopio.</p> <p>93. Tensiómetro.</p> <p>94. Termómetros.</p> <p>95. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica.</p> <p>96. Camilla de partos / Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras.</p> <p>97. Corneta de Pinard y/o Doppler.</p> <p>98. Reloj.</p> <p>99. Dos Paquetes de instrumental listos para atención de partos.</p> <p>100. Equipo para aspiración manual endouterina (AMEU).</p> <p>101. Dos paquete de ropa estéril para parto / AMEU.</p> <p>102. Tirillas para proteinuria.</p> <p>103. Guantes quirúrgicos estériles.</p> <p>104. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine □ Alcohol yodado).</p> <p>105. Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl)</p> <p>106. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.</p> <p>107. Esparadrapo normal y poroso.</p> <p>108. Gasas estériles</p> <p>109. Catéter venoso # 18 o 20</p> <p>110. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.</p> <p>111. Microgotero o bomba de infusión</p> <p>112. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>113. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>114. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>115. Oxitocina ampollas de 10UI</p> <p>116. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc</p> <p>117. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>118. Eritromicina tabletas 500 mg</p>	<p>149. Esparadrapo normal y poroso.</p> <p>150. Gasas estériles</p> <p>151. Catéter venoso No. 18 o 20</p> <p>152. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.</p> <p>153. Microgotero o bomba de infusión</p> <p>154. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p>155. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.</p> <p>156. Atropina ampolla 1 mg.</p> <p>157. Oxitocina ampollas de 10UI</p> <p>158. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc</p> <p>159. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.</p> <p>160. Eritromicina tabletas 500 mg</p> <p>161. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.</p> <p>162. Gentamicina ampollas 80 mg</p> <p>163. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.</p> <p>164. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.</p> <p>165. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. □ Dexametasona amp 4 mg/ml.</p> <p>166. Oxígeno disponible.</p>	<p>197. Perifix N°18,</p> <p>198. Espinocan N°25-26-27</p> <p>199. Tubos endotraqueales 7 □ 7,5</p> <p>200. Cánulas de Guedel</p> <p>201. Fentanilo amp 0,05mg/ml/10 ml.</p> <p>202. Bupivacaína pesada 0,5% frasco.</p> <p>203. Lidocaína al 2% sin epinefrina frasco.</p> <p>204. Lidocaína al 2% con epinefrina frasco.</p> <p>205. Midazolam ampollas 15 mg</p> <p>206. Tiopental sódico frasco ampolla 1 g.</p> <p>207. Oxígeno disponible</p>

Fuente: Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para Medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal MSP.

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: CONTROL PRENATAL

2. Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
<p>En toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes personales y obstétricos 2. Semanas de amenorrea 3. Determinación de la tensión arterial 4. Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas 5. Sangrado genital (SI APLICA) 6. Actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación 7. Evaluación del estado nutricional 8. Verificación, Indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP 9. Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg) 10. Prescripción de ácido fólico tabletas 1 mg (hasta las 12 semanas de gestación)* 11. Solicitud o resultados de exámenes prenatales: Grupo, factor, VDRL, Hb-Hto, glucosa, VIH, EMO. 12. Proteinuria en tirilla en embarazos > 20 semanas. 	<p>Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal recibieron atención según la norma (en cualquier semana de gestación)</p>	<p>Número de historias clínicas de control prenatal (en cualquier semana de gestación) en las que se cumplió y registró las actividades seleccionadas según la norma, en un mes ----- X 100</p> <p>Total de historias clínicas de control prenatal (en cualquier semana de gestación) que acudieron en el mismo mes</p>	<p>Historias clínicas Perinatales (Formularios: 051, 005, 006/92)</p>	<p>Parte diario de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003)</p>	<p>Revisión de historias clínicas y partes diarios</p>	<p>Se revisaran todas las HC Perinatales de las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal</p> <p>Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente e hasta completar una muestra de 30</p>	<p>Mensual</p>

Fuente: Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para Medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal MSP.

6.7 Metodología

Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABILIDAD	TIEMPO
Fase inicial	Sensibilización	Sensibilizar a las autoridades para el uso permanente del manual de estándares e indicadores para el monitoreo de la calidad de la Atención materno neonatal.	Solicitar audiencia	Oficios	50 USD	Investigador	1 semana
	Socialización	Dar a conocer el formato de los instrumentos de medición de calidad de atención al personal de salud	Previa cita presentación del proyecto a las autoridades y personal de salud	Invitaciones Tablas modelo	100 USD	Investigador	1 semana
Fase central	Planificación	Involucrar a las autoridades para elaborar acciones de control permanente de calidad de atención.	Reuniones de trabajo	Autoridades Área N°2 de Salud Tungurahua	50 USD	Investigador	4 semanas
Fase Final	Implementación	Captar la atención de autoridades y personal de salud.	Charla educativa	Papel Proyector Computador Gigantografías	50 USD	Investigador	6 semanas
	Evaluación	Identificar aspectos positivos y negativos para mejorar la atención	Encuesta y llenado de instrumentos de evaluación	Tablas Investigador	50 USD	Investigador	6 meses

Fuente: Propuesta

Elaborado por: María Gabriela Salazar Villacís

6.8 Administración

La difusión de utilización del Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal, se realizará con la participación de autoridades del Área N°2 de Salud de la provincia de Tungurahua, responsables del Sub Centro de Salud Pilahuín y el personal que labora en ésta institución.

6.9 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

“DIFUNDIR LA UTILIZACIÓN DE MANUAL DE ESTÁNDARES INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL”

CALIDAD DE ATENCIÓN

Definimos **calidad**, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En el análisis de la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud, es importante para tener una evaluación de la atención que se está brindando, siendo útil esta información para quienes deben tomar la decisión de mejorar los servicios de salud y reorientar aquellos que no se encuentran funcionando de manera eficiente y eficaz.

ESTÁNDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL EN ECUADOR

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron

con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los Equipos de Mejoramiento Continuos de la Calidad (EMCC) de las unidades operativas del MSP, los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008. Este documento presenta un conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento tiene su respectivo instructivo, en el que se indica cómo obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el embarazo de bajo riesgo. El primer control debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes repartidos de la siguiente manera: uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.¹⁷

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación

¹⁷Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lecciones Aprendidas por los Equipos de MCC - UNFPA. Ecuador: MSP; 2008.

de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
2. Ilustre Municipio de Ambato, “Plan Estratégico Parroquial de Pilahuín”, Dirección de Planificación, Ambato, 2006.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Estadísticas de la Provincia del Tungurahua por Parroquias.2010.
4. Malagón L, Galan, M, Ponton L.Garantía de Calidad en Salud. 2 da. Ed. España: Editorial Panamericana; 2006.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal. Ecuador: MSP; 2008.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lecciones aprendidas por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención materno – neonatal. Ecuador: MSP; 2008.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno Neonatal. Ecuador: MSP; 2008.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lecciones Aprendidas por los Equipos de MCC - UNFPA. Ecuador: MSP; 2008.
9. Net, Suñol. La Calidad de la Atención. México: Editorial PonenciasJornades, Fundación AvedisDonabedian; 1989.
10. Ortega Suárez M. Manual De Evaluación De Servicio De Calidad En Enfermería. 1ra ed. España: Editorial Panamericana; 2006.

11. Ortiz Espinoza R, Muñoz Juárez S, Torres Cedeño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo. RevEsp Salud Pública 2004, Vol. 78, Nº 4 p. 529-530.
12. Ortún V. Gestión clínica y sanitaria. 1ra ed. España: Editorial Elsevier; 2007.
13. Serrano R, Lorient N. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública de México: 2008.
14. Williams G. Calidad de los servicios de salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Mexicana. 1era Edición. México: Editorial Mexicana; 1999.

LINKOGRAFÍA

15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra: OMS. [Publicación en Internet]*Secretaria General de la OMS; [01/10/2003]* disponible en: www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

16. Alexander Carreño Dueñas J. Calidad de la Atención en Salud en Hospitales Universitarios. (Spanish). Revista Internacional Administración & Finanzas (RIAF) [serial on the Internet]. (2013, Dec), [cited April 15, 2014]; 6(7): 81-89. Available from: Fuente Académica Premier.
17. Baranda A, Vitela N. Priorizan en Salud prevención y calidad. Mural 2013 Jan 08:5.
18. Dominguez Márquez O, Manrique Nava C. Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. (Spanish). Acta Bioética [serial on the Internet]. (2011, June), [cited April 15, 2014]; 17(1): 31-36. Available from: Academic Search Complite.

19. Dueñas J, Alexander Carre. Calidad de la Atención en Salud en Hospitales Universitarios/Quality In Health Care In Teaching Hospitals. Revista Internacional Administración & Finanzas 2013;6(7):81-89.
20. Jorge GV. Sistemas de Calidad en Servicio Primario de Salud. Quality Congress.ASQ's. Annual Quality Congress Proceedings 2004;58:371-376.
21. Rico Jaime V. Dominguez Marquez O. Aspectos Bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de la atención en salud. (Spanish). Acta Bioética [serial on the Internet]. (2010, Nov), [cited April 15, 2014]; 16 (2): 142-147. Available from: Academic Search Complete.
22. Vega M. Buscan dar calidad en servicios de salud. Reforma 2001 Jan 22:2.

ANEXOS

ENCUESTA

Estimada paciente estamos realizando una investigación con el objetivo de mejorar la calidad de atención y la satisfacción de las usuarias que asisten al Sub Centro de Salud Pilahuín y la para lo cual es muy valioso su consentimiento y cooperación seleccionando con una x la respuesta que crea usted conveniente a las siguientes preguntas:

1.- ¿Durante su permanencia en el establecimiento cómo la trataron?

Bien Mal No opina

2.- ¿El personal le brindó confianza para expresar sus inquietudes acerca del embarazo?

Si No

3.- ¿Considera que durante la consulta ginecológica le hicieron un examen completo?

Si No

4.- ¿El personal que la atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?

Si No

5.- ¿El personal que la atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es el estado de su embarazo, posibles complicaciones y cómo será el parto?

Si No Muy poco

6.- ¿Si le dieron indicaciones en una receta, están escritas en forma clara para usted?

Si No

7.- ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación al embarazo y al parto?

Si No

8.- ¿El personal que la atendió le explicó los cuidados del embarazo a seguir en su casa?

Si No Muy Poco

9.- ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?

Si No, es muy corto

10.- ¿El tiempo que usted esperó para ser atendida fue?

Mucho Adecuado Poco

11.- ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?

Si No

12.- ¿El establecimiento se encuentra limpio?

Si No

13.- ¿Durante la consulta se respetó su privacidad?

Si No

14.- En términos generales ¿Usted se siente satisfecha con la atención recibida?

Si No

15.- ¿Cómo calificaría usted la calidad del servicio recibido en el SSC?

De buena calidad De regular calidad De mala calidad

16.- Si usted respondió: de regular calidad o de mala calidad; escriba a continuación las razones más importantes por las que usted considera al servicio de la calidad escogida.

.....

17.- Después de hoy, ¿regresaría usted para ser atendido en esta casa de salud?

Si No

ESTÁNDARES E INDICADORES DE ENTRADA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____

Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____

Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Realice la constatación física, en horas laborables del listado de insumos, equipos y medicamentos, en las siguientes áreas del Hospital o Unidad de Salud, de acuerdo al nivel de complejidad y número de salas: área de preparación, consultorio/s obstétrico/s de Consulta Externa, farmacia, laboratorio, emergencia, sala/s de parto/s (área materna y del recién nacido/a), hospitalización obstétrica, cirugía obstétrica y anestesiología. Para la constatación de los medicamentos en la farmacia, se deberá verificar la existencia de un stock mínimo considerado por la Unidad de Salud.
4. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-), si no cumple con cada ítem del estándar. En caso de existir más de un ambiente, por ejemplo más de un consultorio obstétrico se debe verificar en cada uno de ellos y colocar signo + o - en cada columna (1, 2 y 3); en cumple, se han diseñado tres columnas para estos casos, al final se realizará un promedio tomando en cuenta el número de ítems que deben ser cumplidos y los que se cumplen.

INSTRUMENTO: Lista de chequeo

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
	1	2	3
Área de preparación:			
1. Fonendoscopio / estetoscopio			
2. Tensiómetro			
3. *Tallímetro o cinta métrica			
4. Balanza de adulto			
5. Termómetros			
Promedio (si aplica)			
Consultorio de Gineco-Obstetricia:	1	2	3
6. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
7. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
8. Fonendoscopio / estetoscopio			
9. Tensiómetro.			
10. Termómetros.			
11. Lámpara cuello de ganso			
12. Camilla ginecológica o mesa de examen con piernas.			
13. Corneta de Pinard y/o Doppler			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
	1	2	3
14. *Cinta métrica			
15. *Papelería: (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetarios)			
16. Guantes estériles desechables			
17. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado)			
18. Tirillas para proteinuria			
19. Espéculos vaginales estériles y/o desechables.			
20. *Espátulas de Ayre / Cepillo endocervical / Fijador para placas / Placas portaobjeto			
21. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).			
22. *Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.			
Promedio (si aplica)			

Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)			
23. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).			
24. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
25. * Paracetamol tabletas 500 mg.			
26. * Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.			
27. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.			
28. Atropina ampolla 1 mg.			
29. Oxitocina ampollas de 10UI.			
30. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc			
31. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
32. *Ampicilina ampollas 1 g/tabletas 500mg.			
33. Cefazolina ampollas 1 g.			
34. Eritromicina tabletas 500 mg.			
35. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.			
36. Gentamicina ampollas 80 mg.			
37. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.			
38. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml.			
39. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.			
40. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%.			
41. Lidocaína al 2 % sin epinefrina (SE) frasco.			

Laboratorio:	
42.	*Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.
43.	Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.
44.	Microscopio.
45.	Centrífuga.
46.	Cámara cuenta glóbulos.
47.	Coagulómetro para tiempos de coagulación.
48.	Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vacutainer
49.	Tubos: tapa roja, lila, celeste.
50.	Tubos de eritrosedimentación y hematocrito.
51.	Reactivo y/o tirillas para glicemia.
52.	Reactivo para VDRL.
53.	Reactivo y/o tirillas para proteinuria.
54.	Reactivos para tiempos de coagulación. Reactivos para TGO – TGP.
55.	Kit para prueba rápida VIH.
56.	Set para tipificación y pruebas cruzadas.
57.	Reactivos para test de embarazo.

Fuente: Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para Medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal

PROCESAMIENTO

1. Sume en sentido vertical cuantos insumos y medicamentos del estándar cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?, tome en cuenta en los casos de la existencia de más de un ambiente en consultorios, salas de partos o cirugía que debe sumar el valor correspondiente al promedio de dichos ambientes; por ejemplo si existen 3 consultorios de gineco obstetricia, en los que deben cumplir c/u con 22 ítems, si todos cumplieran sería 66 ítems / 3 consultorios en total = 22 en promedio. Si en cambio el primer consultorio cumple 12 ítems, el segundo 10 y el tercero 14, sería: $12 + 10 + 14 = 36 / 3$ consultorios = 12 de promedio.
2. Identifique el número de ítems que corresponda a la Unidad de Salud de acuerdo al tipo de atención que se brinda, por ejemplo en casos de Unidades ambulatorias y que cuenten con farmacia correspondería 41 ítems que representa al denominador de la fórmula del indicador (¿cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad?); mientras que si la misma Unidad tiene laboratorio correspondería a 57 ítems, o si cuenta además con el servicio de emergencia, atienden partos y tienen hospitalización correspondería al total de los ítems, por lo tanto el denominador sería 166.
3. Divida el resultado del numerador del total de insumos y medicamentos que se encuentran presentes el día de la medición (¿cuántos ítems del estándar cumple?) para el denominador ¿cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a Porcentaje de cumplimiento del estándar.

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: CONTROL PRENATAL

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____

Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____

Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

2. Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003) de cada uno de los Médicos y Obstetrices que atendieron en la Consulta Externa el control del embarazo durante el mes evaluado.
4. Realice un listado de números de historias clínicas de controles prenatales (primeros y subsecuentes), tomando del formulario MSPS. C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003, columnas: # 1, # 3, # 4 y # 29, atendidos durante el mes. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.
5. Si el número de historias es menor o igual a 30 se tomaran todas, en cambio si supera las 30 historias clínicas, se elegirán aleatoriamente hasta completar la muestra de 30.
6. Verifique en la historia clínica (formularios: 051 las actividades 1 a la 5, y de los formularios 006/92, 005/83 y otros, las actividades 6 a la 12) si el proveedor de salud aplicó y registró las actividades seleccionadas según la Norma. El estado nutricional (diagnóstico) puede estar anotado en la nota de evolución o marcado en el formulario de SISVAN, en menores de 10 semanas de gestación no es aplicable.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada actividad del estándar o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por la edad gestacional registre NA (No Aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar.
8. En el casillero que corresponde a: ¿Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? Registre en sentido vertical si cumple signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

